Acupuncture & Moxibustion



Acupuncture
& Moxibustion

Volume 3. Numéro 4 . Octobre-Novembre-Décembre 2004

MÉRIDIENS

Fondateur
Didier Fourmont

revue française de
médecine
traditionnelle chinoise
le mensuel du médecin acupuncteur

Fondateur
Nguyen Van Nghi

Octobre-Novembre-Décembre 2004
Volume 3. Numéro 4
ISSN : 1633-3454



Acupuncture & moxibustion

Octobre - Décembre 2004 **Volume 3. Numéro 4**

SOMMAIRE

Illustration du Waike qixuan



Cette illustration est tirée d'un ouvrage des Ming, édité en 1604 et écrit par Shen Douyuan (申斗垣). L'ouvrage est intitulé : *Révélation du mystère de la pathologie externe" (Waike qixuan)* et est remarquablement illustré.

Cet ouvrage comporte 12 juan :
– *juan* 1 à 3 : dermatologie (affections bulleuses, ulcéreuses et pyogéniques de la peau), méthodes d'examen et procédés thérapeutiques : en tout 72 chapitres ;
– *juan* 4 à 9 : exposés de pathologie externe de quelque 200 cas, chaque maladie bénéficiant d'une brève relation de son traitement externe et d'un égal exposé descriptif ;
– *juan* 10 : joint une introduction au *"Douke zhenbao"* un juan traitant de la variole ;
– *juan* 11 : présente les prescriptions médicamenteuses thérapeutiques des affections des *juan* 4 à 9.

Lors de l'arrivée au pouvoir du Gouvernement Populaire (1949) il a été effectué des photocopies de ce livre.

L'illustration de notre couverture est incomplète, car les caractères des bords sont coupés ou manquants. Malgré tout on peut lire à gauche : *"On a un suintement d'odeur putride. Soigné longtemps ne guérit pas. Cela est dû au poison syphilitique (ulcération)… "*

Il s'agit donc d'une MST. Dès la fin du XIV[e] siècle, la syphilis vénérienne et héréditaire est connue en Chine sous le nom de *Guangchuang* (ulcère de Canton) ou, à cause de sa forme *yangmeichuang.* A cette époque on utilisait le mercure (extra) et *Heterosmilax Japonica* (intus). Dans une monographie *"Meichuang milun" (Écrit secret sur les ulcères putrides)* en un seul *juan.* Dans ce texte, l'auteur nomme le chancre "ulcère de fornication", nom fort suggestif s'il en est.

Un siècle plus tôt, un autre médecin important, Wang Ji (1463-1539) s'attacha à lutter contre ce fléau. Fidèle à sa théorie (qui est aussi la nôtre), qui préconise qu'il n'y a pas de traitement externe sans traitement interne, car le corps est un tout, il prescrivait à la fois des onguents et des décoctions. Par exemple *"sijunzitang"* pour soutenir le *qi,* mais il conseillait aussi d'appliquer sur le chancre l'"onguent de la fleur d'or et d'argent" (Lonicera japonica, *jinyinhua,* chèvrefeuille du Japon). Il pouvait aussi cautériser la lésion avec de l'ail en ignition. Il fallait encore aider la remise en état du malade, par exemple, grâce à "*bazhentang* ou tisane aux huit précieux" remède toujours utilisé pour tonifier le *qixue.*

Pierre Dinouart-Jatteau

Florence Phan-Choffrut

你说不说 中文 ?
(Ni shuo bu shuo zhong wen ?) [“Parles-tu chinois ?”]



Un acupuncteur, un sinologue comprennent assez bien la pensée chinoise. Nous la connaissons surtout grâce aux textes anciens traitant de la physiologie. Nous sommes de plus en plus nombreux à envisager l’apprentissage de la langue chinoise pour être plus proche de cette pensée, car sans la mélodie, la comptine perd sa douceur. C’est aussi l’opinion de Michel Labie, directeur des relations professionnelles de Sanofi-Synthélabo, interrogé par Géo-économie [1]. Michel Labie a séjourné plus de quinze années dans le monde chinois, de 1980 à 1981 à Taïpei, de 1981 à 1995 à Pékin, où il a créé Sanofi-Chine. A partir de 1986, il a été délégué général de l’ensemble du groupe Elf et de ses filiales en Chine. A ce titre, il s’occupait des secteurs pétroliers, pétrochimiques et pharmaceutiques du groupe.

Question : *“A la lumière de votre expérience humaine et professionnelle, pouvez-vous nous dire quelle est la manière la plus raisonnable d’“entrer en Chine” ?*

Réponse : “*Pour aborder le continent chinois, il me semble important de vous convaincre du fait que l’approche ethnographique est la meilleure. Le premier mouvement à faire pour entrer en contact avec le peuple est de s’intéresser à son écriture, à sa calligraphie. Dans la société chinoise, l’image a un rôle important du fait même que le langage est constitué par des idéogrammes. L’idéogramme chinois représente directement l’idée, il est indépendant de l’expression orale. Pour découvrir le monde chinois, il faut d’abord appréhender l’inexprimable : il faut apprendre à voir ce qui ne peut être dit. […] Pour avoir une réelle connaissance de la Chine, mieux vaut comprendre les Chinois, avoir un accès à leur imagination. Pour un tel entendement, il faut certes se plonger dans la littérature traditionnelle, mais à mon avis, comprendre leur poésie ne suffit pas : c’est par leur culture médicale qu’on accède le mieux à la profondeur de l’âme chinoise. Pour justifier cette voie, ce détour, je vous renvoie volontiers à la puissance de la notion de Souffle qui, en chinois, est toute entière contenue dans le* yin *et le* yang. *[…] La pensée chinoise peut être appréhendée par la pharmacopée traditionnelle puisque, pour y avoir accès, il faut entendre ses vieux principes et son propre modus operandi de l’assortiment transmis par voie orale. La notion de savoir-faire illustre bien notre propos : il ne faut donc pas la confondre avec le tour de main ou l’apprentissage car elle n’est pas épuisée par le contenu des notices d’utilisation qui ne sont jamais qu’un mode d’emploi, un faire-savoir.*

Finalement, comprendre les Chinois, c’est parler le chinois […] il faut parler le chinois et ne pas seulement savoir le lire. Il faut pouvoir parler avec les Chinois, entendre ce qu’ils disent. Et en retour, il est bon d’être loquace car ils apprécient cela ; ils apprennent ainsi beaucoup de l’étranger et ont tendance à aimer la réciprocité.”

Ce texte me soutient dans mes sentiments que la musique d’une phrase chinoise contribue à la régulation d’un corps énergétique (comme le font les notes de musique ou l’enchaînement du *taijiquan*). Je remercie Michel Labie pour sa fine compréhension du monde et du monde chinois. Il nous montre par son parcours que *“ce qui constitue la vie de l’âme chinoise est le mouvement entre tradition et modernité”*.

Références :

1. Clément.-Colas Y, Fabre H. La Chine Vécue de l’intérieur. Géo-économie 2001-18(61:70)

Chroniques Éditoriales

Johan Nguyen

Entrer en Chine ou en sortir ?



La médecine chinoise serait donc la clé de l'âme chinoise. Les propos de Michel Labie, rapportés avec pertinence par Florence Phan-Choffrut dans l'éditorial précédent [1] interpellent les spécialistes de la MTC que nous sommes, placés ainsi en position privilégiée. Voilà de quoi conforter, si besoin était, tous ceux d'entre-nous qui pensent que comprendre la médecine chinoise, c'est d'abord comprendre le chinois, le lire et éventuellement le parler. Voilà un sujet de réflexion pour tous ceux qui, comme moi, ont laissé de côté (paresse, manque de temps ou absence d'intérêt ?) la langue et l'écriture chinoise.

Les propos de Michel Labie expriment l'ancrage au plus haut point de la MTC à l'histoire, à la culture et à la société chinoises. Mais alors, placée hors de ce contexte, la MTC ne devient-elle pas incongrue ? Sa pratique en France par des médecins formés avant tout à la biomédecine sur des patients et dans une société à mille lieues du monde chinois ne devient-elle pas un contresens ?

L'acupuncture en France ne peut se justifier que si l'on considère qu'elle a une composante essentielle qui dépasse la Chine. "Entrer en Chine" est un objectif naturel pour l'anthropologue ou le commerçant. Mais pour le médecin, la problématique est inverse : il s'agit d'identifier dans la MTC l'Universalité de la Médecine, c'est-à-dire sortir de Chine.

Le corpus médical chinois est constitué de deux types de données : celles qui relèvent de l'anthropologie médicale ou de l'histoire de la médecine et celles qui relèvent de la biomédecine, c'est-à-dire un ensemble de propositions anatomo-physiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les unes justifient l'entrée, les autres la sortie de Chine. Ces deux composantes et ces deux directions sont sans doute complémentaires et nécessitent respect, études et recherches. Mais elles n'ont pas la même signification si on garde à l'esprit l'objet de la médecine et de sa pratique.

Le *Neijing* ou le *Zhenjiu jiayijing* sont des trésors inestimables. Mais les progrès déterminants dans notre domaine, dans l'efficacité et la qualité des soins donnés à nos patients ne viendront pas d'un énième commentaire, dix ou vingt siècles après, de ces textes. Ils viendront inéluctablement de la mise en évidence de la nature des points d'acupuncture et du système des méridiens, de la détermination des paramètres optima des traitements par acupuncture, de la compréhension de leurs mécanismes d'action.

Pour cela la sortie de Chine est impérative et l'entrée en Chine, quel qu'en soit son intérêt, ne me semble ni obligatoire ni suffisante.

Références :

1. Phan-Choffrut F. 你说不说中文? *(Nishuo bushuo zhongwen ?)*. Acupuncture & moxibustion 2004;3(4):233.

Jean-Louis Lafont

Commentaires sur *"Les 100 points les plus utilisés"* d'après le *Zhenjiu dacheng* et les auteurs contemporains

Résumé : L'auteur analyse le chapitre *"Les 100 points les plus utilisés"*, du *Zhenjiu dacheng,* et l'article récent de Chen Huade *"Aperçu de l'étude sur la fréquence de l'utilisation des points d'acupuncture"* paru en 2003. La comparaison de ces deux textes permet de mettre en évidence que les points les plus utilisés n'appartiennent pas de façon systématique aux groupes de points classiques et que les 100 points les plus utilisés actuellement sont différents de ceux qui étaient utilisés au XVII[e] siècle, cette différence pouvant s'expliquer par la transformation du classement des signes cliniques depuis cette époque. En outre, cette étude permet de classer les 365 points d'acupuncture en 4 groupes de fréquence d'utilisation décroissante jusqu'au groupe des points utilisés de façon exceptionnelle.
Mots-clés : Points d'acupuncture - thérapeutique.

Summary : The author analyses *"100 more frequent points"* of *Zhenjiu dacheng chapter,* and *"Outline on study about acupuncture points use frequency"* in Chen Huade recent article published in 2003. These two texts comparison clearly show us more frequently pricked points are not always part of classics points groups. It also shows differences between 100 more frequently pricked points at the present time and those which were pricked in the XVII° century, that difference can be explained by a new clinical signs classification. In addition, this study allows to class the 365 acupuncture points in 4 use decreasing frequency groups up to exceptionnaly use points group. **Keywords :** acupuncture point - therapeutic.

Introduction

Dans le domaine de l'acupuncture "le point est l'origine première et la fin dernière". La connaissance des "365 points" et leur utilisation en thérapeutique sont pour tout médecin une difficulté majeure qui nécessite des années de pratique pour être efficacement maîtrisée. Une question se pose : quels sont les points d'acupuncture les plus fréquemment utilisés que l'étudiant et le praticien débutant doivent absolument connaître dans un premier temps ?

Cette question n'est pas nouvelle et ne préoccupe pas seulement les médecins Occidentaux. En Chine, Yang Jizhou, l'auteur du *Zhenjiu dacheng,* a consacré un chapitre de son ouvrage sur *"Les 100 points les plus utilisés"* [1]. Il nous a paru intéressant pour les débutants d'analyser ces points et de les comparer à un article récent de Chen Huade intitulé : *"Aperçu de l'étude sur la fréquence de l'utilisation des points d'acupuncture"* [2]. La confrontation des données de ces deux auteurs, qui représentent un point de vue classique et un point de vue contemporain sur le sujet, et les réflexions qu'elle soulève constituent l'essentiel de notre propos.

Le classement des points d'acupuncture

D'après nos recherches sur le Classique de l'interne *(Huangdi neijing)* [3], la démarche qui consiste à classer les points en groupes d'action analogue remonte aux origines même de l'acupuncture. Une première nomenclature des points d'acupuncture est rédigée au I[er] siècle[1]. Au II[e] siècle les groupes de points individualisés, qui deviendront par la suite "classiques" comprennent : les 5 points *shu,* les 12 points *shu* du dos, les 12 points *yuan*[2], les 15 points *luo,* les 6 points *he* des *fu.* Un peu plus tard Le *Classique des difficultés (Nanjing)* décrit les 8 réunions (NJ), mentionne les points *mu* (NJ) et définit les fonctions des 12 points *yuan.* C'est vers la fin du III[e] siècle que le Classique *ABC d'acupuncture (Zhenjiu jiayijing)* établira la liste pratiquement définitive de chacun de ces groupes de points auquel il ajoutera les points *xi* et une première liste des points *hui.* Enfin, au XIII[e] siècle, Dou Hanqing décrit le groupe des 8 points

de croisement-réunion que Yang Jizhou associera par la suite aux 8 vaisseaux extraordinaires.

Au terme de cette évolution les 365 points d'acupuncture des 14 méridiens se distinguent donc en deux grandes catégories :

– les points faisant partie d'un groupe particulier (que nous appellerons ici groupes classiques) dont le total est de 148,
– les points qui ne font pas partie d'un de ces groupes.

Les auteurs chinois contemporains [4] distinguent 10 groupes de points issus des textes classiques. Ce sont : les 12 points *yuan* ; les 15 points *luo* ; les 12 points *shu* du dos ; les 12 points *mu* ; les 5 points *shu* des méridiens *yin* ; les 5 points *shu* des méridiens *yang* ; les points *xi* ; les points *he* inférieurs des 6 *fu* ; les 8 points réunions ; les 8 points de croisement – réunion des vaisseaux extraordinaires. Ce classement comprend en outre :

– un groupe de points de tonification et un groupe de points de dispersion inclus dans les 5 points *shu* des 12 méridiens[3].
– un groupe de points réunions *(hui)* qui est mentionné sans que la liste en soit donnée[4].

Il serait permis d'envisager que les points rassemblés dans ces différents groupes sont les points les plus fréquemment utilisés. On verra dans l'analyse qui suit ce qu'il en est exactement d'après le texte de Yang Jizhou comparé à l'étude de Chen Huade.

Analyse du chapitre *"les 100 points les plus utilisés"* du *Zhenjiu dacheng*

Les "100 points les plus utilisés" d'après Yang Jizhou sont répertoriés dans le § 54 du Livre III de son ouvrage. Ces points, en réalité au nombre de 110, sont classés par méridiens (Tableau I).

Commentaires

La répartition de ces 110 points dans les 10 groupes classiques montre que tous les points d'un groupe donné ne sont pas forcément les plus utilisés. Le rapport entre les points utilisés et les points du groupe classique correspondant est le suivant :

Tableau I. Les "100 points les plus utilisés" d'après Yang Jizhou

P	5, 7, 8, 9, 10, 11
GI	1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 15, 20
E	8, 7, 6, 4, 32, 33, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45
Rt	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9
C	3, 5, 7
IG	1, 2, 3, 5, 8, 19
V	1, 2, 8, 13, 17, 18, 23, 34, 40, 57, 60, 63, 62
Rn	2, 3, 6, 7
MC	3, 5, 6, 7, 9
TR	2, 3, 4, 5, 6, 10, 20, 21, 23
VB	2, 15, 16, 20, 21, 26, 30, 31, 34, 38, 39, 40, 43
F	1, 2, 3, 4, 8, 13, 14
VC	4, 6, 8, 9, 12, 17, 24
VG	2, 14, 15, 16, 20, 21, 25

- points de croisement- réunion : 7/8 sont mentionnés (VB41 est absent)
- 8 réunions : 7/8 sont mentionnés (V11 est absent)
- points *yuan* : 10/12 sont mentionnés (V64 et IG4 sont absents)
- points *luo* : 5/15 sont mentionnés (GI6, E40, IG7, V58, Rn4, VB37, F5, VG1, VC1, Rt21 sont absents)
- points *shu* des méridiens *yang* 24/30 sont mentionnés, dont :
  - points *jing* : 3/6 (V67, TR1, VB44 sont absents)
  - points *ying* : 5/6 (V66 est absent)
  - points *shu* : 4/6 (V65, VB41sont absents)
  - points *jing* : 6/6
  - points *he* : 6/6
- points *shu* des méridiens *yin* 24/30 points sont mentionnés, dont :
  - points *jing* : 4/6 (C9, Rn1 sont absents)
  - points *ying* : 4/6 (MC8, C8 sont absents)
  - points *shu* : 6/6
  - points *jing* : 5/6 (C4 est absent)
  - points *he* : 5/6 (Rn10 est absent)
- points *shu* du dos : 3/12 sont mentionnés (V-14, 15, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28 sont absents)
- points *mu* : 5/12 sont mentionnés (P1, E25, VC14, VC3, VC5, VB24, VB25 sont absents)
- points *xi* : 1/16, V63 est le seul mentionné
- points *he* des *fu* : 5/6 sont mentionnés (V39 est absent).

Sur les 110 points les plus utilisés d'après Yang Jizhou, 76 font partie des groupes de points classiques. Il convient de préciser ici que certains de ces points se retrouvent, dans notre analyse, mentionnés plusieurs fois car ils font partie de groupes différents (par exemple P9 est dans le groupe des points *yuan,* dans le groupe des 5 points *shu* et dans le groupe des 8 réunions.)

Les 34 points restant sont des points *hui* de *renmai* (comme VC24 par exemple) ou des points *hui* de *du mai* (comme VG14 par exemple) ou des points *hui* des méridiens (VB20 par exemple). Certains sont des points "ordinaires" des méridiens (E6 par exemple).

Ceci est important à considérer car on aurait pu penser a priori que les points les plus utilisés étaient tous des points des groupes classiques. On peut donc en déduire que les 110 points les plus utilisés de Yang Jizhou témoignent d'une expérience pratique et probablement personnelle de l'auteur. Rappelons à ce sujet que pour Wang Xuetai [5], 60 % des notions contenues dans le *Zhenjiu dacheng,* sont un apport personnel de l'auteur lié à une tradition médicale familiale.

Analyse de l'article de Chen Huade

Cet auteur a réalisé son étude en recueillant les données de 5 ouvrages officiels d'enseignement de l'acupuncture actuellement utilisés en Chine[5]. Il distingue 3 groupes de points qu'il intitule : "les points les plus utilisés" (Tableau II), "les points souvent utilisés" (Tableau III), "les points très peu utilisés" (Tableau IV). Afin de faciliter la lecture de ces listes les points sont regroupés ici par méridiens, ce qui n'est pas le cas dans le texte original où les points sont présentés, à l'intérieur d'un groupe, par ordre de fréquence d'utilisation décroissante.

Commentaires

Les groupes 1 et 2 font un total de 108 points. D'après l'auteur ces points permettent de traiter 85 % des besoins cliniques. La comparaison de ces 108 points avec les points des groupes classiques permet de faire les constatations suivantes :

Tableau II. Groupe I : "les points les plus utilisés".

P	5, 7, 9, 11
GI	4, 11, 15
E	6, 25, 36, 40, 44
Rt	4, 6, 9, 10
IG	3
C	7
V	1, 2, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 40
Rn	1, 3, 6
TR	5, 6
MC	6
VB	20, 34, 39
F	2, 3, 14
VC	3, 4, 6, 12, 17, 22
VG	14, 20, 26

Tableau III. Groupe II : "les points souvent utilisés".

P	10
GI	1, 10, 20
E	1, 2, 4, 7, 8, 29, 34, 37
Rt	1, 5
IG	
C	5, 6
V	12, 22, 26, 28, 32, 43, 57, 60
Rn	2, 7
MC	3, 4, 5, 7, 8, 9
TR	1, 4, 17
VB	1, 2, 14, 26, 30, 31, 37, 40, 41, 43
F	1, 5, 8, 13
VC	8, 9, 10, 13, 23
VG	3, 4, 12, 23.

Tableau IV. Groupe III : "les points très peu utilisés".

P	1, 6, 8
GI	3, 5, 7, 14, 17, 18
E	9, 18, 21, 28, 30, 31, 32, 39, 43, 45
Rt	2, 3, 5, 8, 14, 15
IG	1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19
C	3, 8, 9
V	7, 10, 11, 14, 19, 24, 27, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 39, 48, 58, 62, 54, 67
Rn	4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14
TR	3, 9, 10, 13, 14, 23
MC	
VB	8, 21, 24, 25, 29, 33, 44
F	4, 11
VC	1, 2, 5, 11, 14, 15, 21, 24
VG	1, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 19, 24, 25

- points de croisement-réunion : 7/8 sont mentionnés (V62 est absent)
- 8 réunions : 7/8 sont mentionnés (V11 est absent)
- points *yuan* : 8/12 sont mentionnés (E42, Rt3, IG4, V64, sont absents)
- points *luo* : 8/15 sont mentionnés (GI6, IG7, Rn4, V58, VC1, VG1, Rt21 sont absents)
- points *shu* des méridiens *yang* : 11/30 sont mentionnés, dont :
  - points *jing* : 2/6 (E45, IG1, VB44, V67 sont absents)
  - points *ying* : 2/6 (GI2, TR2, IG2, V66 sont absents)
  - points *shu* : 2/6 (GI3, TR3, E43, V65 sont absents)
  - points *jing* : 1/6 seulement est mentionné : TR6
  - points *he* : 4/6 (TR10, IG8 sont absents)
- points *shu* des méridiens *yin* 22/30 sont mentionnés, dont :
  - points *jing* : 5/6 (C9 est absent)
  - points *ying* : 4/6 (C8, Rt2 sont absents)
  - points *shu* : 5/6 (Rt3 est absent)
  - point *jing* : 4/6 (C4, F4 sont absents)
  - points *he* : 4/6 (C3, Rn10 sont absents)
- points *shu* du dos : 8/12 (V19, V22, V25, V27, V28 sont absents)
- points *mu* : 7/12 sont mentionnés (P1, VC14, VB24, VB25, VC5 sont absents)
- points *xi* : 3/16. Seuls MC4, C6, E34 sont mentionnés
- points *he* des 6 *fu* : 4/6 sont mentionnés (E39, V39 sont absents)

La proportion des 110 points les plus utilisés de Yang Jizhou et des 108 points des groupes 1 et 2 de Chen Huade par rapport aux points des groupes classiques est répertoriée dans le Tableau V.

L'analyse détaillée des 100 points les plus utilisés de Yang Jizhou comparée aux 100 points les plus utilisés de Chen Huade (groupes I et II) montre que ces deux listes ont seulement 67 points en commun, soit à peine un peu plus de la moitié. Une telle différence peut recevoir plusieurs explications, mais celle qui nous paraît la plus probable est liée à une évolution des comportements thérapeutiques en relation avec une évolution du système théorique de l'acupuncture depuis le XVIIe siècle. L'analyse du tableau V permet plusieurs constatations.

Tableau V. Comparaison des rapports des 100 points de Yang Jizhou, des groupes I et II de Chen Huade avec les groupes classiques.

Groupes classiques	Yang Jizhou	Chen Huade
8 points croisement – réunion	7/8	7/8
8 réunions	7/8	7/8
points *yuan*	10/12	8/12
points *luo*	5/15	8/15
5 points *shu* des méridiens *yang*	24/30	11/30
5 points *shu* des méridiens *yin*	24/30	22/30
points *shu* du dos	3/12	8/12
points *mu*	5/12	7/12
points *xi*	1/16	3/16
points *he* des 6 *fu*	5/6	4/6

Pour les 8 points de croisement-réunion et les 8 réunions le rapport points utilisés / points classiques est identique.

Par contre on relève une différence importante de ce rapport entre les auteurs anciens et les auteurs modernes pour les groupes des 5 points *shu* des méridiens *yang* (24/30 contre 11/30) et des 5 points *shu* du dos (3/12 contre 8/12). Cette différence en sens inverse s'explique par le changement fondamental dans la démarche clinique que l'on peut relever entre les classiques et les modernes qui tient au fait que les classiques raisonnaient plutôt suivant la théorie des méridiens et utilisaient plus souvent les points *shu* des méridiens alors que les modernes raisonnent plutôt suivant la théorie des *zangfu* et utilisent de ce fait plus souvent les points *shu* du dos. Cette explication se trouve vérifiée par la diminution faible du rapport pour les 5 points *shu* des *yin* (24/30 contre 22/30), le raisonnement clinique contemporain étant essentiellement basé sur les *zang* au détriment des *fu*. On peut constater aussi, à l'appui de cette explication, que les points *shu* du dos des *fu* sont peu utilisés par les auteurs modernes (1/6)

Une autre constatation s'impose sur la faible utilisation des points *xi* chez les classiques comme chez les

modernes (1/16 et 3/16) et la question se pose de l'intérêt de conserver ce groupe de points.

Le groupe III des "points très peu utilisés" comprend 101 points qui ajoutés aux deux premiers groupes représentent un total de 209. D'après Chen Huade l'ensemble de ces points permet de répondre à plus de 95 % des besoins cliniques.

L'analyse des points des 3 groupes individualisés par Chen Huade permet de mettre en évidence que tous les points appartenant à des groupes classiques sont contenus dans ces 209 points, exceptés :

- points *yuan* : E42, V64
- points *luo* : GI6, Rt21
- points *shu* du dos : V22
- points *shu* des méridiens *yin* : C4
- points *shu* des méridiens *yang* : GI2, TR2, TR3, TR10, E45, E43, E41, VB38, V66, V65, V60
- points *xi* : P6, TR7, VB36, V63, F6, V59, VB35, Rn9
- points *he* des 6 *fu* : E39, V39

Ces points non mentionnés des groupes classiques font un total de 27 sur 148 soit à peu près 1/5, proportion non négligeable puisque les points de groupes classiques représentent plus de 1/3 des 365 points d'acupuncture considérés comme les plus importants transmis par la tradition.

Le total des points des 3 groupes de Chen Huade (209 points) permet de définir un 4e groupe "les points restant", au nombre d'environ 160, soit plus du tiers des points d'acupuncture, qui ne sont pas utilisés ou sont utilisés de façon très exceptionnelle.

Réflexions

Il convient de lever une ambiguïté possible entre la notion de "points les plus utilisés" et de "points importants". Un point est important pour un patient donné lorsqu'il permet de résoudre les symptômes dont il se plaint et, dans cette perspective, un point utilisé exceptionnellement peut être important. C'est dire que l'objectif doit rester la connaissance et la maîtrise des "365 points".

Compte tenu des données exposées précédemment, qui témoignent d'un point de vue classique et d'un point de vue contemporain sur le sujet, il est possible de proposer des réponses aux interrogations que l'on peut légitimement se poser sur l'importance relative des "365 points d'acupuncture".

L'ensemble des "365 points" peut se subdiviser en 4 groupes dont la fréquence d'utilisation décroissante permet d'établir une hiérarchie relative :

- les points importants qu'il convient de bien connaître. Ce sont globalement les points des groupes I et II de Chen Huade. Ces "100 points" comprennent un sous-groupe de 50 points qui sont les plus utilisés en pratique (groupe I) et dont la connaissance approfondie est la base fondamentale de toute pratique de l'acupuncture.
- les 100 points moins utilisés (groupe III de Chen Huade) dont la connaissance approfondie devra être acquise dans un deuxième temps,
- les 160 points restants, d'utilisation exceptionnelle, entrent dans des domaines cliniques et thérapeutiques très spécifiques et il serait intéressant d'évaluer leur fréquence d'utilisation.

Cette étude montre également que les classiques comme les modernes choisissent leurs principaux points non pas en fonction des données de la tradition mais en fonction de l'usage.

Ces réflexions peuvent servir de guide à l'enseignant qui prépare un cours sur les indications cliniques des points d'acupuncture et répondent à une interrogation pratique : est-ce qu'il vaut mieux que l'étudiant ou le praticien débutant ait des connaissances étendues mais superficielles ou bien des connaissances, limitées dans un premier temps à l'essentiel, mais plus profondes ? Etant bien entendu que, de toute façon dans les deux cas, il faudra des années de pratique pour maîtriser les "365 points d'acupuncture". A cette interrogation nous proposons comme réponse :

- les 100 points les plus utilisés doivent être bien connus de l'étudiant. Sur le sous-groupe des 50 points qui sont les plus utilisés en pratique, on doit exiger de l'étudiant une connaissance approfondie.

- les 100 points moins utilisés doivent être connus des étudiants, mais les exigences de l'enseignant seront moindres en ce qui les concerne.
- les 160 points restant sont laissés à l'appréciation de l'enseignant qui doit garder à l'esprit que l'on ne peut exiger des étudiants des connaissances dont la portée pratique est exceptionnelle.

Afin que chacun de ceux qui liront ces lignes puisse se positionner sur le sujet en fonction de son expérience, nous avons rassemblé dans le Tableau VI les 200 points mentionnés dans cette étude en distinguant pour chacun des 14 méridiens :

- les 100 points les plus utilisés en caractères gras. Ex. **VC9**. Parmi ces 100 points les 50 plus importants sont soulignés. Ex : **VC6**
- les 100 points peu utilisés (groupe III) en caractères simples. Ex : VC2
- les points non mentionnés étant d'utilisation exceptionnelle.

Tableau VI. Hiérarchie d'utilisation des 365 points d'acupuncture (voir explications dans le texte).

P	1, **5**, 6, 7, 8, **9**, **10**, **11**
GI	**1**, 3, **4**, 5, 7, **10**, **11**, 14, **15**, 18, **20**
E	**1**, **2**, **4**, **6**, 7, **8**, 9, 18, 21, **25**, 28, **29**, 30, 31, 32, **34**, **36**, **37**, 39, **40**, 43, **44**, 45
Rt	**1**, 2, 3, **4**, **5**, **6**, 8, **9**, **10**, 14, 15
IG	1, **3**, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19
C	3, **5**, **6**, 7, 8, 9
V	**1**, **2**, 7, 10, 11, **12**, **13**, 14, **15**, **17**, **18**, 19, **20**, **21**, **23**, 24, **25**, **26**, 27, **28**, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 39, **40**, **41**, **43**, 48, 54, 58, 62, 67
Rn	**1**, **2**, **3**, 4, 5, **6**, **7**, 8, 10, 11, 12, 13, 14
TR	**1**, 3, **4**, **5**, **6**, 10, 13, 14, **17**, 23
MC	**3**, **4**, **5**, **6**, 7, **8**, **9**
VB	**1**, **2**, 8, **14**, **20**, 21, 24, 25, **26**, 29, **30**, **31**, 33, **34**, **37**, **39**, **40**, **41**, **43**, 44
F	**1**, **2**, **3**, 4, **5**, **8**, 11, **13**, **14**
VC	1, 2, **3**, **4**, 5, **6**, **8**, **9**, **10**, 11, **12**, **13**, 14, 15, **17**, 21, **22**, **23**, 24
VG	1, **3**, **4**, 8, 9, 10, **12**, 13, **14**, 15, 16, 19, **20**, **23**, 24, 25, **26**



Dr Jean-Louis Lafont
4, rue de la Couronne, 30000 Nîmes
☎ 04.66.76.11.13
🖷 04.66.76.06.17

Notes :

1. D'après cette étude il ressort que c'est aux alentours du début de notre ère que fut établie une première nomenclature des points *shu,* cette expression désignant alors l'ensemble des points d'acupuncture connus à cette époque (SW58). Dans les textes correspondant à cette époque le total des points est de 180 environ. SW58 distingue 10 groupes de points : les 5 points *shu* des 5 méridiens *yin,* les 6 points *shu* des 6 méridiens *yang,* les 59 points de la chaleur, les 57 points de l'eau, 5 rangées de 5 points sur la tête, les 5 *shu* des *zang* de chaque côté du rachis, les 12 points *shu* du centre de la poitrine, les 2 points *shu* du dos, les 12 *shu* des parois thoraciques, les 4 points des vaisseaux *yin* et *yang qiao.* 20 autres points "isolés" sont ensuite mentionnés. Dans d'autres textes, que l'on peut rattacher à cette époque, sont décrits les 12 points *he* des *fu* (LS4) et les 12 sources qui diffèrent du groupe actuel des 12 points *yuan*[2]. A une époque plus tardive (I[er]-II[e] siècles) sont décrits les 6 points *shu* du dos des 6 *fu*, et les 15 points *luo.* Le total des points mentionnés dans le *Classique de l'interne* s'élève à 260 environ.
2. La liste des points *yuan* a varié au fil du temps. Le premier classement des 12 sources comprenait : P9, MC7, F3, Rt3, Rn-3, VC15, VC6 (voir LS1).
3. Dans le *Classique de l'interne* la première et la seule mention de point *hui* est relevée dans LS23 et concerne VC4. Il est certain que les difficultés rencontrées en pratique dans certaines régions du corps, pour attribuer de façon univoque certains points à un méridien précis ont conduit à décrire les points hui. Cependant dans les textes classiques ces points, dont la liste est variable, ne forment pas un groupement particulier. Il en est de même dans les textes contemporains où seulement l'existence de ces points est mentionnée.
4. Parmi les 5 points *shu* des 12 méridiens sont distingués les "points mère pour tonifier" et les "points fils pour disperser". Ce sont les points de tonification et de dispersion décrits par Soulie de Morant. Le principe de détermination de ces points est exposé dans le Classique des difficultés (NJ).
5. Les ouvrages auxquels Chen Huade s'est référé sont : *Acupuncture et moxibustion de Chine* (*Zhongguo zhenjiu* extrait de Collection des ouvrages pratiques de médecine chinoise) ; *Etude de l'acupuncture – moxibustion de Chine*

(Zhongguo zhenjiuxue) de Cheng Xinnong ; *Etude de l'acupuncture moxibustion (Zhenjiuxue)* de Yang Jiashan ; *Manuel d'échange international d'acupuncture – moxibustion (Guoji zhenjiu jiaoliu shoushe)* de Yang Changsen.

Références :

1. Nguyen VN, Tran VD, Nguyen Recours C. Art et pratique de l'acupuncture et de la moxibustion selon Zhen jiu da cheng de Yang Jizhou. Ed. Nguyen Van Nghi;Marseille; 1982.
2. Chen HD. Aperçu de l'étude sur la fréquence de l'utilisation des points d'acupuncture. Acupuncture traditionnelle chinoise 2003;9. Institut yin yang. Forbach. 2003.
3. Lafont JL. Emergence. Origine et évolution de l'acupuncture dans le Classique de l'interne. Bruxelles: SATAS;2001.
4. Collège de MTC de Pékin, Collège de MTC de Shanghaï, Collège de MTC de Nankin, Institut d'acupuncture de l'Académie de MTC (Chine). Essentials of chinese acupuncture. Ed. en langues étrangères;1970.
5. Wang XT. Principaux textes anciens. Revue française d'acupuncture 1988;55.

Emmanuel Escalle

Le sens du passage ou comment un acupuncteur aborde la gynécologie

Résumé : La démarche d'un médecin acupuncteur en gynécologie s'appuie sur un raisonnement analogique. Cette induction repose sur des expériences sensorielles fœtales qui sont préalables à l'élaboration des concepts. L'étude montre son application dans l'utilisation des huit règles et développe comment l'induction préalable au concept du *yin-yang* précède la déduction qui peut en être faite dans la circulation énergétique. **Mots-clés :** concept - huit règles - *yin* - *yang* - acupuncture - gynécologie.

Summary : The approach of an acupuncturist doctor in gynaecology is founded on an analogical reasoning. This induction is based on foetal sensory expériences which precede the development of concepts. The study points out its application in the use of the eight rules and develops how induction preceding the *yin-yang* concept comes before the deduction which can be done in energy circulation. **Key words:** concept - eight rules - *yin* - *yang* - acupuncture - gynaecology.

Un médecin interrompant son patient en moyenne après dix-huit secondes d'entretien [1], autant aller tout de suite à l'essentiel.

Le gynécologue, héritier de la science, s'intéresse à la moitié de l'humanité en la séparant de l'autre moitié. L'acupuncteur, digne de ce nom, s'emploie à relier cette même moitié à son autre en se plaçant dans le *taiyi* [2]. Les démarches ont un sens et ce n'est pas le même. La gynécologie est un "logos" [3] sur la femme femelle. Par un raisonnement scientifique déductif, elle sépare en organes et réduit la réalité de la femme à son appareil génital (y compris les seins, ajouteront les gynécologues). Cet état de fait ne prend pas en compte un raisonnement inductif sous-jacent, qui est un raisonnement analogique, construit à partir de l'expérience commune à chacun des hommes et des femmes de cette planète, qui nous a fait séjourner 4 x 7 x 10 jours dans cet appareil génital [4]. Pendant ce temps nécessaire au passage dans cet appareil génital pour faire passer notre corps de une à 50.000.000.000.000 de cellules [5], notre connaissance de la gynécologie s'est intimement construite, au point de pouvoir en discourir sur elle avec une intelligence scientifique.

"Que cherchez-vous, sinon ce que vous savez déjà ?" [6]. La réponse de ce sage indien à ceux qui le questionnaient, est en rapport avec le sens de ce passage. Le raisonnement déductif scientifique s'attache à réunir les éléments qui ont été séparés par l'esprit. Il cherche par la certitude à maîtriser le complexe. Le raisonnement analogique est inductif, il procède d'une source pour relier la diversité. Il retrouve le simple dans l'incertitude.

La dualité inhérente à notre manifestation d'être humain nous oblige à l'analo-déduction. Nous ne pouvons déduire qu'après avoir induit, c'est le sens du passage inhérent aux associations cérébrales. Cela veut dire, entre autres, que nous ne pouvons faire une déduction psychique qu'après en avoir vécu une induction physique. Et c'est sur cette base que nous allons poser un diagnostic énergétique, préalable à nos traitements d'acupuncture. Notre raisonnement en acupuncture repose sur une expérience sensorielle préalable, qui est ce qu'on appelle en psychologie le référentiel cognitif prématuré.

Nous pouvons en faire l'expérience et tracer sur une feuille blanche les caractères chinois *yin* et *yang* (fig.1).

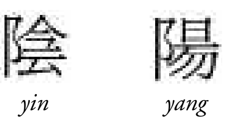


Figure 1. Les caractères *yin* et *yang*.

Yin (R12823) et *yang* (R12487) ne sont pas des réalités en soi, mais les indicateurs de changement d'une réalité unique. C'est vraisemblablement vers le 3e siècle

avant notre ère, que les lettrés chinois ont choisi ces caractères bien antérieurs pour signifier la mutation dans son ensemble [7]. Dans ces deux caractères, c'est leur partie commune à gauche, qui nous permet d'appréhender leur différence à droite. Leur partie gauche commune représente les tertres rituels élevés sur la terre vers le ciel pour les cérémonies chamaniques aux esprits [8]. C'est une base commune inductive et inconsciente, sur laquelle se construisent les deux façons déductives d'aborder la réalité dans la partie droite du caractère, en accumulant des nuages pour le *yin* ou en faisant émerger le soleil pour le *yang.* Ces caractères anciens ont une origine météorologique expérimentale, qui va vers le mauvais temps quand la lumière s'obscurcit, annonçant l'orage ou bien vers le beau temps quand le soleil réapparaît après l'orage. La lumière du soleil et l'eau de la pluie étant la respiration de l'agriculture de la Chine ancienne, il est naturel d'avoir choisi le caractère *yi* (R5333) pour nommer le changement, à partir de celui du temps, avec le passage du soleil (en haut) à la pluie (en bas) qui tombe drue, balayée par le vent et vice versa, de la pluie au soleil (fig.2).



yi

Figure 2. *Yi*, le changement.

Ce caractère *yi* mondialisé par le *yijing* (le *zhouyi* pour les Chinois) a le sens de changement, de simple ou facile et de qui ne change pas [9].

L'interprétation liquidienne de *wu* (R12316) (fig.3), partie inférieure de *yi,* est différente de celle de Wieger, qui y voit "des bannières agitées par le vent ou des rayons de soleil obliques" [10].



wu

Figure 3. Interprétation liquidienne.

Marcel Granet est sévère avec le père Wieger quand il écrit que *"La plus grande fantaisie a toujours régné dans le domaine des étymologies graphiques… La tentation est grande de découvrir une civilisation inconnue sans sortir de son cabinet, par un jeu facile d'analyse graphique. Le père Wieger a succombé naguère à cette tentation. En 1903…"* [11].

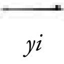
La partie gauche de *yang* (fig. 3) diffère donc de *yi* par un trait horizontal de séparation qui indique le sens du passage de l'apparition du soleil.



yang

Figure 4. Ici noter la partie gauche du caractère et le trait horizontal.

Ce trait à l'horizon est aussi *yi* (R5257) (fig.4), le premier radical dans les dictionnaires chinois [12] celui qui unit et sépare le haut et le bas. L'unité (fig. 5). C'est celui du *taiyi,* du un primordial ou unité originelle (je ne mets pas de majuscule à un).



yi

Figure 5. Le trait horizontal du "un".

Pour le calligraphier, il faut trois mouvements et deux inversions [13]. Cette possibilité d'unir et de séparer, d'induire et de déduire, est la signature de notre analo-déduction. Wang Bi, célèbre lettré, philosophe et métaphysicien, né en +226, a formulé, avant de mourir à 23 ans, cette base du raisonnement analogique de la façon suivante : "Yin *: c'est ce qui va devenir* yang *;* yang *: c'est ce qui va devenir* yin" [14].

Lorsque pour établir un diagnostic énergétique, nous utilisons les huit règles, Interne/Externe, Vide/Plénitude et Froid/Chaleur, nous établissons une déduction qui ne dit pas son induction. Notre induction remonte au *ji* (R794) (fig. 6) [15] au minuscule, à l'embryon de l'embryon que nous avons tous été à sept jours après notre unité.



ji

Figure 6. Minuscule.

C'est à ce moment-là que les cellules totipotentielles du stade morula indifférencié formant le blastocyte [16] vont se différencier en deux couches : une externe, qui formera le trophoblaste creusant l'utérus et une interne formant le bouton embryonnaire. C'est de là que date notre première expérience de l'externe et de l'interne qui nous permettra de concevoir ultérieurement ce concept utilisé dans les huit règles. Huit jours après la formation de l'œuf, le blastocyte interne ou bouton embryonnaire se divise en hypoblaste à cellules polyédriques qui formera le toit de la cavité vitelline primaire et en épiblaste à cellules cylindriques qui se creuse d'une cavité qui deviendra la cavité amniotique. A deux fois huit jours, nous avons fait l'expérience du plein et du vide avec le comblement de l'espace entre le bouton embryonnaire et le trophoblaste par du mésenchyme extra embryonnaire, ce qui nous permettra ultérieurement d'utiliser le concept vide/plénitude dans un raisonnement déductif. Nous faisons également, déjà à ce moment-là, l'expérience d'une polarité dorso-ventrale avec l'épiblaste formant le plancher de la cavité amniotique et l'hypoblaste formant le toit de la cavité vitelline secondaire [17]. C'est à J16 qu'apparaît la ligne primitive, expérience décisive qui nous permettra ultérieurement de distinguer une droite et une gauche et qui, avec l'apparition du nœud de Hansen, nous permettra ultérieurement de situer l'avant et l'arrière. C'est entre J15 et J21 que l'épiblaste au stade de la gastrulation formera les trois feuillets bien connus, ectoblaste, mésoblaste et endoblaste. C'est grâce à cette expérience que nous utiliserons le ternaire dans notre désignation énergétique. Il nous faudra attendre plusieurs mois avant de faire l'expérience du froid/chaleur, après la rupture de la poche des eaux et c'est seulement après notre changement d'environnement liquidien en gazeux, que nous pourrons expérimenter les différences de température entre l'homéostasie amniotique et celle de l'air ambiant, base de l'utilisation de notre concept de Froid/Chaleur.

Tout cela suppose bien sûr, que nous ayons une conscience cellulaire sur laquelle va s'appuyer la mémoire. Cela est dénié par la médecine qui s'appuie sur la non-complète myélinisation du cortex pour invalider la mémoire d'un nouveau-né. Mais cela est en complète contradiction avec la démonstration scientifique de la mémoire protoplasmique de certains organismes unicellulaires [18]. Cette conscience cellulaire était déjà édictée au LS 8 quand il est dit *"le Ciel en moi est* de (fig. 7) "que nous avons rendu par *"le Ciel en moi est vertu"*, alors que le sens de ce caractère qui contient le mouvement de regarder dix fois ce qui est correct, droit, ou l'unité dans le cœur, peut très bien se rendre par *"le Ciel en moi est conscience"* [19].



Figure 7. Vertu ou conscience.

Quant au *yin/yang* dont nous avons fait l'expérience à un moment donné, pour pouvoir le concevoir comme outil de notre raisonnement déductif énergétique, il est très vraisemblable que cette expérience ait eu lieu lors de la fécondation.

En effet, nous avons vu que *yin* et *yang* (fig. 8) avaient en commun un tertre rituel, reliant le matériel à l'immatériel et se différenciaient par la lumière du soleil qui apparaissait au-dessus de l'horizon et qui disparaissait derrière un amas de nuages.



Figure 8. Le *yin/yang.*

Il a été démontré [20] que les deux brins d'ADN du noyau d'une cellule émettent des photons, donc de la lumière et que lorsqu'on les déroule, ils n'en émettent plus. Il est légitime de se demander si, lorsque le spermatozoïde échange avec l'ovule son matériel génétique, il ne se produit pas un obscurcissement de la lumière à la séparation des chaînes et une réapparition de cette lumière lorsque le matériel masculin et féminin se recombine pour former les deux brins de l'ADN d'un nouvel être.

C'est cela qui est évoqué poétiquement dans l'ouvrage de Fréderick Leboyer [21] *"cette lumière d'où vient l'en - fant"* [22] ou bien déjà trois millénaires avant lui, dans le grand commentaire du *Yijing,* qui par la première mention du *yin/yang* dans les textes classiques, énonçait déjà : *"Un* yin, *un* yang, *cela est le* dao*"* (fig. 9) [23].

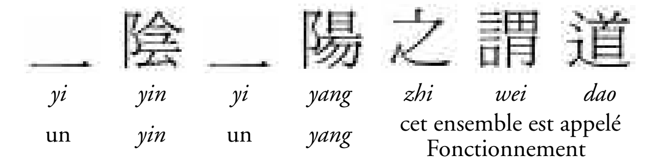


Figure 9. Le *dao.*

Pour la traduction de *dao* (fig. 10), je vous renvoie à l'article du Dr Jean Choain : "Connaissance des textes traditionnels : Imposture ou naïveté" [24].

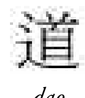


Figure 10. *Dao.*

Nous avons probablement en nous la mémoire de notre fécondation, induction qui nous permet d'adhérer au concept du *yin/yang* et de l'utiliser déductivement dans notre pratique quotidienne. Aborder la gynécologie en acupuncture présuppose de ne pas la séparer de l'obstétrique, puisque cela reviendrait à nous couper de la racine des concepts que nous utilisons pour établir notre diagnostic énergétique. L'embryon, le fœtus, le nouveau-né étant la manifestation de l'unité de notre polarité sexuée, son étude nous permettra de revenir à l'origine du raisonnement analogique que nous utilisons tous les jours avec nos patients.

Nous avons vu que c'est entre la deuxième et la troisième semaine de gestation que nous avons fait l'expérience du ternaire. Cette classification des histologistes en trois feuillets est une classification déductive et n'est pas comparable à celle des Chinois qui ont appréhendé le *yin/yang* à trois niveaux dans une démarche inductive. Pour ce faire ils ont qualifié la dualité par des symétriques *tai* et *shao,* qui sont les superlatifs de *da* et *xiao* (fig. 11).

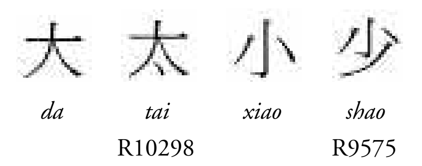


Figure 11. Les symétriques *tai/shao.*

Ces termes sont des qualificatifs de mesure pour l'espace : grand et petit mis au superlatif avec très ou le plus. Ils ne s'appliquent pas au temps. Lorsque *shao* désigne le jeune, il est opposé à *lao* le vieux, ce que *tai* n'a jamais désigné. Mais le temps est induit par le superlatif. Grand et petit montre une réalité statique, alors que très ou le plus montre une réalité dynamique en mouvement, qui implique une évolution dans l'espace et dans le temps.

Il s'ensuit que *tai* et *shao* sont les bornes du développement de ce mouvement, avant qu'il ne s'inverse. C'est ce qui est montré par ce que les Chinois appellent *tai - jitu* (fig.12), c'est-à-dire le dessin *(tu)* de la poutre *(yi)* faîtière *(tai).*

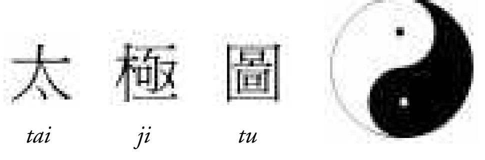


Figure 12. Dessin du *taiji.*

Cette poutre faîtière, ressemblant au trait horizontal de *yi* l'unité, est l'endroit où s'inversent les deux pentes, les deux faces du toit. La réalité n'étant pas statique, les Chinois l'ont représentée dans la dynamique par une ligne courbe en S pour traduire une interface ouverte entre ses deux facettes *yin* et *yang.* Cette représentation tardive n'est pas antérieure à la dynastie des Song et date probablement du XIe siècle [7]. *Tai* occupe le plus grand volume et *shao* le plus petit. *Taiyang* est séparé de *shaoyin* par l'interface, tout comme *shaoyang* est uni à *taiyin* par cette même interface et inversement. Heureusement que *ming* et *jue* (fig. 13) sont là pour nous rappeler que la réalité de la manifestation duelle est l'expression de l'unité et qu'il faut la retrouver dans la polarité. Les deux interfaces fermées en forme de O sont là pour nous le signifier.

R7919 

ming, essence du *yang*, interface fermée au milieu du *yin*

R3058 

jue, essence du *yin*, interface fermée au milieu du *yang*

Figure 13. *Ming* et *jue*, essences respectives du *yin* et du *yang*.

Ming représente, avec sa lumière permanente jour et nuit, l'essence de la continuité du *yang*, tandis que *jue* représente, avec le hoquet (soubresaut) caché à l'intérieur de la caverne, l'essence de la discontinuité du *yin*. Le ternaire chinois associe un élément aux deux autres, mais il revient à l'unité, à l'essence, pour montrer que deux c'est un, mais que trois, c'est aussi un et ainsi de suite en progressant jusqu'aux 10 000 êtres qui sont aussi un. C'est sur ce postulat que repose le raisonnement analogique qu'utilisent les acupuncteurs. Ce raisonnement peut être perçu comme un hologramme qui nous montre que le tout est le même que chacune des parties. Il diffère du raisonnement scientifique qui veut que deux soit un plus un, que trois soit deux plus un et ainsi de suite, pour montrer que l'ensemble est la somme des parties. Le mouvement se crée en revenant à l'unité qui ne se manifeste pas de la même façon dans le *yang* et dans le *yin*.

Alice Fano [25] a montré, dans un schéma très clair (fig. 14) de la circulation énergétique, comment le *yang* garde sa qualité permanente et ne change pas de spécificité lorsque l'énergie passe d'un organe à l'autre (il restera *shao* en passant de TR à VB, il restera *tai* en passant de V à IG et restera *ming* de GI à E), alors que le *yin* fera son hoquet, son saut en passant de *tai* à *shao* (Rt à C) de *shao* à *jue* (R à MC) et de *jue* à *tai* (F à P). C'est le *yin* qui entraîne le *yang* à s'adapter à une nouvelle qualité, transformation que le *yang* ne peut faire par lui-même.

L'unité, pour se manifester dans une autre forme est obligée de passer par le *yin.* C'est la raison du séjour du fœtus dans le ventre maternel. Le raisonnement scientifique voudrait garder la permanence de la forme dans le *yang* par clonage. C'est pourquoi il a séparé la gynécologie de l'obstétrique, espérant par là avoir la maîtrise de l'interface, mais pour faire un enfant, il faut être deux [26] et il faut passer par une meïose masculine et féminine puis revenir à l'unité de l'œuf à 2n chromosomes avant de produire un autre maillon de l'espèce.

Tant que la science portera un regard déductif et analytique sur la vie, elle risque fort de tourner autour de l'unité sans jamais la pénétrer, alors qu'un spermatozoïde n'a jamais eu besoin de savoir déductif pour pénétrer l'ovule et réaliser une fécondation. Le *Lingshu* 8 le disait à sa façon : *"Le ciel en moi est conscience* (de)*, la terre en moi est souffle* (qi) *et c'est la vie* (sheng)*"*.

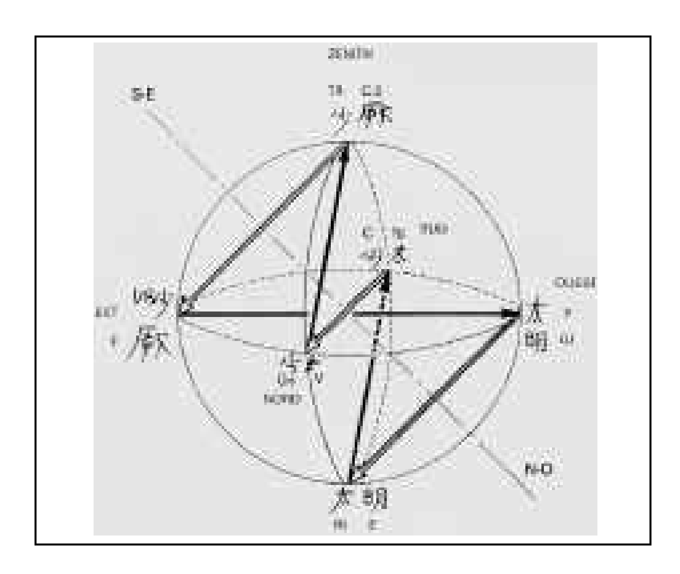


Figure 14. La circulation énergétique (Alice Fano).



Dr Emmanuel Escalle
16 rue de la Paix, 74100 Annemasse
☎ / 🖷 04.50.95.56.05
✉ emmanuel.escalle@wanadoo.fr

Références :

1. Stuart M, Lieberman J. The fifteen minutes hour. Prager: Wesport CT;1993:274.
2. Fano A. Les neuf figures de base de la pensée chinoise. Paris: Trédaniel;1983:64.
3. Bailly A. Dictionnaire grec-français. Paris: Hachette; 1894.
4. Bigler A, Remp C. Pratique de l'acupuncture en obstétrique. Paris: La Tisserande; 1992:101.
5. Chopra D. Le corps quantique. Paris: Interéditions; 1990:282.
6. U.G. Le mental est un mythe. Paris: Les deux océans; 1988:96.
7. Javary C. Le discours de la Tortue. Paris: Albin Michel; 2003:31,478.
8. Lafont JL. Emergence. Bruxelles: Satas; 2001:523.
9. Javary C. Question de n° 98 . Paris: Albin Michel; 1994:370.
10. Wieger L. Caractères chinois. Etymologie. Taichung: Kuangchi Press;1978:245.
11. Granet M. La civilisation chinoise. Paris: Albin Michel;1994:78.
12. Dictionnaire Ricci de caractères chinois. Paris: Desclée de Brouwer;1999.
13. Oury C. Communication personnelle. Lyon: 2003.
14. Bergeron MI. Wang Bi philosophe du non-avoir. Variétés sinologiques. n°69. Paris: Institut Ricci; 1986.
15. Bergeron MI. Ciel, Terre, Homme. Paris: Trédaniel;1986 :89.
16. Langman J. Sadler TW. Embryologie médicale. Paris: Pradel;1996:78.
17. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Paris: Sauramps; 2003 :44.
18. Grof S. Pour une psychologie du futur. Paris: Dervy; 2002:63.
19. Rydjik K. L'idiot chinois. T3. Paris: Payot; 1983:324.
20. Narby J. Le serpent cosmique. Genève: Georg;1995 :190.
21. Odent M. Bien naître. Paris: Seuil;1976:37,105.
22. Leboyer F. Cette lumière d'où vient l'enfant. Paris: Seuil;1978:191.
23. Javary C. ibid. p. 39.
24. Choain J. Connaissance des textes traditionnels. imposture ou naïveté. Méridiens 1981;70:11-20.
25. Fano A. Le Ho-Tu circulation de l'énergie. Revue Française d'acupuncture 1976;5:13-19.
26. Brabant I. Une naissance heureuse. Montréal: Saint Martin;2001:145.

Daniel Deroc

Analyse sémiologique des lésions élémentaires de la peau

Résumé : L'auteur se propose de faire une analyse morphologique descriptive des lésions cutanées élémentaires les plus fréquentes (macule, papule, vésicule, croûte, fissure, etc.). Pour chacune de ces lésions et en fonction de ses caractères anatomiques et cliniques, il sera proposé une correspondance sémiologique dans le cadre de la nosologie de la médecine traditionnelle chinoise et une ou des orientations étiopathogéniques. **Mots-clés :** dermatologie - acupuncture - sémiologie - lésions élémentaires - physiopathologie.

Summary : The author claims to make the more frequent skin elementary disease's morphological descriptive analysis (macula, papule, vesicle, scab, fissure….). For each of these lesions, according to their anatomical and clinical characteristics, it will be suggested a semiological agreement as part of chinese traditional medicine nosology, and one or more etiopathogenical advices. **Keywords :** dermatology - acupuncture - semiology - elementary lesion - physiopathology.

La dermatologie en France en 2004 [1]

Epidémiologie

3 500 dermatologues effectuent chaque année 14 millions de consultations. Les diagnostics les plus fréquents dans le secteur libéral sont : l'acné, les verrues, les nævus, les eczémas et dermatites atopiques, les mycoses, le psoriasis, les cancers et lésions précancéreuses.

100 000 hospitalisations par an en CHU ou CHG pour : dermatoses très spécialisées, maladies de système, mélanomes, ulcères de jambe, dermatoses chez des malades infectés par le VIH.

Particularité des maladies dermatologiques

Le diagnostic des maladies dermatologiques dépend essentiellement de l'identification morphologique précise des différentes lésions élémentaires qui les constituent. Ceci est vrai aussi bien en dermatologie occidentale, qu'en M.T.C. L'étape primordiale est donc visuelle : il faut savoir regarder, observer, individualiser et analyser la ou les lésions élémentaires qui constituent la dermatose. Cette distinction sera d'autant plus facile que les éléments de base seront d'autant plus purs, plus jeunes, et peu nombreux ; et d'autant plus difficile que ces éléments seront anciens, évolués, intriqués les uns aux autres, modifiés par le grattage, la macération, le suintement, et les traitements locaux. Ce temps initial d'observation est incontournable, quel que soit le mode d'exercice du praticien. En dermatologie occidentale, cette analyse sémiologique analytique débouchera sur l'élaboration d'un diagnostic en termes de lésions anatomopathologiques : dermatoses bulleuses, squameuses, érythémato-papuleuses etc…En MTC, ces termes d'anatomie macroscopique descriptive, devront nécessairement se traduire dans le langage des déséquilibres Energétiques pour, à terme, amener un traitement cohérent, par acupuncture ou pharmacopée traditionnelle. L'objectif de ce travail est donc, à partir d'une étude sémiologique morphologique des lésions cutanées élémentaires, de proposer leur analyse dans le cadre des correspondances de la médecine chinoise et de proposer pour chacune d'elle un ou des modèles étiopathogéniques répondant aux cadres de la nosologie de la MTC.

Comment examiner un malade dermatologique en MTC

L'examen doit se dérouler selon une double préoccupation : Préoccupation morphologique, permettant d'identifier la dermatose en fonction de sa ou ses lésions élémentaires et de leurs aspects évolutifs. Préoccupation étiopathogénique, déjà orientée par le diagnostic positif de la lésion, mais devant intégrer le reste du tableau clinique, afin de conduire à la formu-

lation d'un diagnostic en termes de déséquilibre Energétique, local et général.

L'étape morphoclinique repose sur

1/ Les commémoratifs de l'éruption :
Mode de début, brutal ou progressif, récent ou ancien.
Facteurs externes déclenchants, favorisants ou modifiants (climatiques, physiques, chimiques, alimentaires…).
Facteurs psychoaffectifs, déclenchants ou aggravants.
Notion d'antériorité d'autres poussées ou d'autres antécédents dermatologiques personnels ou familiaux.

2/ Les caractéristiques dermatologiques des lésions :
Recherche et identification de la lésion élémentaire : couleur, forme, taille, plane ou saillante, indurée ou molle, etc. facile dans les cas de lésions récentes bien individualisées, difficile dans les cas de lésions fugaces ou anciennes ou confluentes en placards ou modifiées par le grattage, l'infection et les traitements locaux.
Le mode de groupement des éléments éruptifs : en carte de géographie, alignement radiculaire, confluents, en cocarde etc.
Le siége des lésions : coudes et genoux, face, plis de flexion, zones découvertes, etc.
Les autres caractéristiques de la dermatose : infiltration locale, prurit, douleurs, dysesthésies, etc.

3/ Le terrain sur lequel cette maladie survient :
Contexte de perturbations psychoaffectives (psoriasis, lichen, pelade, prurit essentiel…)
Contexte de maladie héréditaire ou familiale (eczéma ; dermites atopiques…)
Attention aux dermatoses symptomatiques d'affections organiques sous-jacentes graves (diabète, cancer etc.)
Les examens complémentaires ont ici toute leur importance (biopsie, bactériologie, immunologie, allergologie).

L'étape étiopathogénique

Il conviendra d'analyser comme à l'accoutumée en M.T.C. l'ensemble du tableau clinique, voir les pouls et la langue, afin d'évaluer l'état de déséquilibre du Sang, du *qi,* des Liquides Organiques, des *zang* et des *fu,* et apprécier la part des causes externes et des causes internes.

La peau, rappel physiopathologique [2-3-4]

La peau dépend du Poumon, du *qi* et des liquides *jin,* pour son humidification et son réchauffement. Elle dépend du Rein et de la Rate, qui participent à la production du Sang et du *qi,* et des liquides *ye* pour sa nutrition. Elle dépend du Foie, qui autorise la libre et harmonieuse circulation de toutes ces Substances et qui draine et régule les émotions. Elle dépend du Cœur qui contrôle les sentiments et les émotions.
Pour qu'une dermatose se constitue, il est indispensable qu'existent :

1. Un déséquilibre interne : constitutionnel ou acquis : Vide ; Stagnation de Sang et/ou de *qi,* et/ ou de Liquides Organiques ; par Vide de *qi,* de Sang, de *yin,* de *yang,* des *zangfu.*
2. Un facteur pathogène externe déclenchant ou favorisant, climatique ou alimentaire.
3. Eventuellement un facteur émotionnel.

Les facteurs externes :

Le Vent : c'est surtout le Vent-Chaleur, qui sera responsable de maladies aiguës avec des lésions d'apparition brutale, fugaces, changeantes, mobiles, plutôt en haut, avec prurit (éruptions de l'été, urticaire, etc.).
La Chaleur : responsable de lésions rouges, érythémateuses, chaudes douloureuses, avec prurit (coups de soleil, lucite …).
L'Humidité : responsable de lésions plutôt chroniques, suintantes, coulantes, œdémateuses (eczéma, mycoses, ulcères…).
Le Froid : fige et ralentit la circulation du Sang et du *qi.* Responsable de tuméfactions, nodules, crevasses, écoulements blancs et clairs.
La Sécheresse : responsable des squames, peau sèche, croûtes, alopécies, pellicules …

Les facteurs internes :

Les émotions : les émotions peuvent affecter le Poumon et donc la diffusion du *weiqi* à la peau.

Elles peuvent provoquer une Stagnation du *qi* du Foie, puis une Chaleur du Foie, voire une Chaleur du Sang, puis un Vide du *yin* et/ou un Vide du Sang (papules, vésicules, érosions, zonas, eczémas).
La Chaleur peut se transmettre au Cœur et donner un Feu du Cœur (chaleur et rougeur de la peau, aphtes, abcès, furoncles).
Les causes viscérales : Tout ce qui peut causer un affaiblissement des *zangfu* ou une stase du *qi,* du Sang, et des Liquides Organiques, pourra à terme participer au développement d'une dermatose.
Vide du Sang : peau sèche, squames, lésions rouge pâle, blanches.
Stase du Sang : lésions rouge pourpre, ecchymotiques.
Sécheresse du Sang : peau sèche, squames, croûtes, crevasses…
Impureté du Sang ou Feu toxique : lésions purulentes.
Vide du qi *:* pertes de substance.
Stagnation de qi *:* papules, nodules et tumeurs.
Stase des Liquides : œdèmes, écoulements, vésicules.
Le Vent-Chaleur du Sang : une notion un peu particulière et propre à la dermatologie. C'est la conséquence d'un Vide du Sang et du *yin,* avec sécheresse du Sang qui provoque un Vent interne, différent du Vent interne classique déjà connu, et qu'on appelle Vent-Chaleur dans le Sang (fièvres éruptives, zonas, eczémas chroniques).

Causes iatrogènes et/ou alimentaires

Il n'est plus nécessaire de souligner le rôle pathogène de certains médicaments (antibiotiques par exemple) et de certains aliments dans la genèse d'un grand nombre de dermatoses.
Les aliments de nature chaude (alcool, épices, viandes grasses) vont favoriser la Chaleur du Sang.
Les aliments gras (fritures, laitages, banane, chocolat, œufs) vont favoriser la Chaleur-Humidité.
Certains excès ou insuffisances qualitatives vont altérer le *qi* des organes.
Certains aliments sont réputés pour déclencher des dermatoses chez les sujets sensibles : fruits de mer, coquillages, fraises… Ces aliments déclenchent des dermatoses qui entrent dans la catégorie des Vent-Chaleur du Sang.

Analyse sémiologique des lésions cutanées élémentaires [4-5-6-7]

La macule

Description. Il s'agit de taches, sans saillie ni infiltration, simple modification de la couleur de la peau, claires, blanches, noires, pourpres, rouges, etc.
En dermatologie, on distingue selon la couleur :
- La macule érythémateuse, rouge ou rose, congestive, s'effaçant à la vitro pression. Elle traduit une vasodilatation des vaisseaux du derme superficiel. Souvent caractéristique des maladies éruptives de l'enfant.
- La macule pigmentée, brune, ne s'effaçant pas à la vitro pression. Elle traduit un dépôt dermique de mélanine (tache de rousseur, séquelles pigmentaires du lichen plan, nævus, mélanome, Cushing, maladie d'Addison, hémochromatose…).
- La macule achromique, claire, blanche, ne s'effaçant pas à la vitro pression. Elle traduit une diminution ou une disparition de la mélanine de l'épiderme (vitiligo).
- La macule purpurique ou ecchymotique, rouge sombre, pourpre, ne s'effaçant pas à la vitro pression. Elle traduit une extravasation de globules rouges hors des vaisseaux dermiques superficiels (purpuras, ecchymoses).

En M.T.C.
- tache rouge : disparaissant à la pression : Chaleur en Surface, dans la couche du *qi,* ne disparaissant pas à la pression : Stagnation de Sang.
- tache pourpre, purpurique : Stase ou Amas de Sang, Chaleur du Sang, la Rate ne retient plus le Sang.
- tache blanche ou pâle : Vide de Sang, Stagnation de *qi,* Vide de Sang et de *qi.*
- tache noire : accumulation de Chaleur toxique.

L'érythème

Description. Il se définit comme une rougeur localisée ou diffuse de la peau, non infiltrée (à la différence des

papules), et disparaissant à la vitro pression (à la différence des purpuras).
En dermatologie. Il traduit une vasodilatation artériolaire dermique. Les causes en sont très nombreuses.
- Généralisé, il correspond le plus souvent à une origine infectieuse microbienne ou virale ou bien toxique.
- Localisé, l'aspect morphologique de l'érythème et sa localisation, orienteront l'enquête étiologique.
En M.T.C. Rouge vif, il traduit une Chaleur en surface, dans la couche du *qi.*
Rouge sombre, il traduit une Chaleur du Sang.
Rouge pâle, il traduit un Froid en Surface avec Stase de Sang dans la peau.

Les papules

Description. La papule se définit comme une lésion en relief par rapport au plan cutané normal, dont la taille varie du millimètre au centimètre (au-delà on parle de plaques).
C'est une lésion solide, pleine, qui a du corps à la palpation, sans contenu liquide.
Il en existe différents types :
Les papules épidermiques, secondaires à un simple épaississement de l'épiderme (papule psoriasique ou verrues).
La papule dermique, œdémateuse, qui traduit une séro-exsudation (la papule ortiée dermique de l'urticaire, qui est un érythémato-œdème).
La papule dermique par infiltrat cellulaire inflammatoire (le lichen plan).
La papule dermique associée à des dépôts amorphes (amyloïdose, xanthome).
Les papules folliculaires, toujours centrées sur un poil, assez saillantes, et donnant une sensation de râpe au toucher.
Les papules miliaires, développées à partir de glandes sudorales.
En M.T.C. Les papules épidermiques peuvent correspondre à une stase du *qi* et à des amas de Liquides *jin* et de Glaires. La papule dermique œdémateuse peut correspondre à un Vent-Chaleur du Sang. La papule dermique inflammatoire, à une Stase de *qi* et de Sang.
Les papules folliculaires et miliaires, à des accumulations d'Humidité Chaude, par stase du *qi.*

Les vésicules

Description. La vésicule est une lésion en relief, saillante, translucide, de 1 à 3 mm de diamètre, contenant une micro-collection à liquide clair, souvent prurigineuse.
En dermatologie. On décrit :
- Des vésicules intra-épithéliales, comme dans la plupart des viroses vésiculeuses. Sur peau saine comme dans la varicelle (la goutte de rosée) ou sur peau érythémateuse comme dans le zona ou l'herpès.
- Des vésicules épidermiques avec œdème intercellulaire qui réalise un aspect papulo-vésiculeux, comme dans l'eczéma.
- Des vésicules sous-épidermiques, comme dans les dermatites herpétiformes.
En M.T.C. Les vésicules traduisent une Stase des Liquides Organiques, et une accumulation d'Humidité, avec plus ou moins de Chaleur. Le mode d'éruption des vésicules peut évoquer le Vent-Chaleur du Sang (sortie brutale, rapide, changeante : varicelle, zona, herpès).
Humidité Froide si le contenu liquidien ne se transforme pas et reste clair.
Humidité Chaleur et Glaires *yin* si le contenu se transforme et devient jaune.
Humidité Chaleur toxique si le contenu devient purulent.

Les bulles

Description. La bulle ou phlyctène est une grosse vésicule de plusieurs cm de diamètre, arrondie et bien limitée. Elle est transparente et contient un liquide jaune citrin ou hémorragique.
En dermatologie. On distingue :
- la bulle sous-épidermique (porphyries, pemphigoïde bulleuse).
- la bulle intra-épidermique, plus fragile, souvent rompue (pemphigus vulgaire).

En M.T.C. Les bulles traduisent une stase de *qi* et avec lui, une stase des Liquides Organiques et des Glaires qui s'accumulent dans la peau.

Les pustules

Description. Il s'agit d'une lésion en relief dont la taille varie de quelques mm au cm, de couleur blanche ou jaune, elle contient une sérosité louche ou purulente.
En dermatologie. On distingue :
- Les pustules folliculaires, centrées sur un poil, par infection de l'appareil pilo-sébacé comme dans l'acné, parfois d'aspect miliaire.
- Les pustules non folliculaires, intra-épidermiques, plus planes, plus superficielles comme dans le psoriasis pustuleux ou l'impétigo.

En M.T.C. Ces lésions traduisent une Chaleur toxique ou un Feu toxique, poison du Sang, témoin de l'évolution d'une Chaleur du Sang, ou d'une origine toxique (acné, furoncles, anthrax, zonas infectés…).

Les squames

Description. C'est une pellicule blanchâtre que le grattage doux peut détacher. Ceci traduit un épaississement de la couche cornée de l'épiderme.
En dermatologie. On distingue :
- Des squames scarlatiniformes : desquamation en grands lambeaux, brutale, intense et transitoire (scarlatine, éruptions médicamenteuses).
- Des squames pityriasiforme, petites, fines, pulvérulentes (pityriasis versicolor, dermatoses érythémato-squameuses communes).
- Des squames psoriasiformes, brillantes, larges, micacées, caractéristiques du psoriasis.
- Des squames ichtyosiformes, en écailles, sur une peau très sèche.

En M.T.C. C'est un signe typique de Vide et/ou de Sécheresse du Sang et/ou des Liquides, responsables d'une sécheresse de la peau, aggravée éventuellement par un Vent ou un Froid externes.

Les croûtes

Description. C'est un bloc de coagulum qui traduit l'assèchement d'un exsudat séreux, purulent ou hémorragique. C'est donc une lésion secondaire.
En dermatologie. C'est un signe diagnostique a posteriori, devant faire rechercher la lésion élémentaire initiale qui a pu être une vésicule, une bulle, une plaie, un ulcère.
En M.T.C. Une croûte traduit un assèchement, une évolution de la Chaleur-Humidité ou de la Chaleur toxique vers l'altération des Liquides et du *yin* et donc un dessèchement de la peau.

Les nodosités ou nouures

Description. Nodule ferme, dur, enchâssé dans le derme, plus ou moins bien limité.
En dermatologie. Il s'agit de la traduction palpable d'un infiltrat dermo-épidermique, sous une peau soit normale, soit érythémateuse (érythème noueux, sarcoïdose…).
En M.T.C. Ceci traduit une Stagnation du *qi* et avec lui, du Sang et des Liquides qui s'accumulent.

Les fissures - érosions - ulcérations

Description. La fissure est une érosion linéaire, par déchirure d'un tégument le plus souvent hyperkératosique, siégeant plutôt aux paumes et aux plantes. L'érosion est une perte de substance superficielle, épidermique. L'ulcération est une perte de substance entamant le derme moyen et profond.
En M.T.C. Ces lésions traduisent en général un Vide de *qi* à la Surface, avec stase et accumulation d'Humidité.
- Plaies profondes, à bords pâles, suintantes, chroniques, torpides : Vide de *qi* avec Froid (vide de *yang*).
- Plaies rouges avec sérosités purulentes : Chaleur-Humidité ou Feu toxique (Vide de *yin*).

Le prurit [8]

En M.T.C. Le prurit est désigné différemment selon ses localisations :

"Vent des quatre creux" si localisé aux coudes et aux genoux.
"Vent de la capsule du Rein" si localisé au scrotum.
"Vent erratique du visage" si localisé à la face.
La constante est le Vent, *feng*. En effet, le prurit est une manifestation du Vent qu'il soit interne ou externe.
Prurit par Vent externe : Prurit généralisé, changeant, fugace, d'apparition et disparition rapide.
- Vent-Chaleur : prurit avec sensation de chaleur, de brûlure, aggravé à la chaleur, au soleil, soulagé par l'eau fraîche, aggravé la nuit.
- Vent-Humidité : zone prurigineuse fixe, prurit non calmé par le grattage, souvent accompagné d'éruptions, de suintement, d'œdème.
Prurit d'origine interne :
- Chaleur du Sang : prurit avec sensation de brûlures, sur une peau sèche, squameuse.
- Vide du Sang : prurit peu intense, à type de paresthésies.
- Sécheresse du Sang et des Liquides : prurit sur peau sèche, rugueuse, avec fissures (prurit sénile).

Les transpirations

Transpirations spontanées : insuffisance de *weiqi* ; déficience du *qi* du Poumon.
Transpirations excessives, abondantes : état de Chaleur interne, et *yin* insuffisant.
Transpirations grasses collantes : épuisement du *yin* et du *yang* et des Liquides.
Transpirations de la région périnéale : Chaleur-Humidité du Foyer Inférieur.
Transpirations ruisselantes des paumes et des plantes : Chaleur du Cœur.

En conclusion

En dermatologie, nous l'avons vu, le temps de l'inspection reste fondamental. Les pathologies dues au Vent sont très fréquentes, ainsi que celles liées aux atteintes du Sang et des Liquides Organiques. De nombreuses dermatoses répondent au schéma étiopathogénique de la Chaleur du Sang, avec ou sans Humidité, avec ou sans participation d'un Pervers externe. Malgré ce schéma relativement simple, le traitement des dermatoses par acupuncture reste souvent très décevant, en particulier pour les dermatoses chroniques, anciennes. Le choix des points à traiter reste difficile. L'examen général, la prise des pouls et l'examen de la langue, demeurent indispensables pour faire la différence entre les pathologies afin de leur appliquer le traitement le mieux adapté en fonction du schéma étiopathogénique correspondant.



Dr Daniel Deroc
4, rue de la Couronne, 30000 Nimes.
☎ 04 66 76 11 13 🖷 04 66 76 06 17
✉ derocdaniel@neuf.fr

Références :

1. Crickx B. La dermatologie en France, en 2003. Journées dermatologiques de Paris: 2003 Dec; Paris, France. Paris: Rev. Officiel santé;(23); 2003.
2. Maciocia G. Les maladies de la peau en M.T.C. Séminaire AFERA.- 1998; Nîmes, France; 1998.
3. Maciocia G. La pratique de la médecine chinoise. Bruxelles:Satas; 1997.
4. Colin D. Maladies de la peau. In: Encycl. Med. Nat. Acupuncture et MTC. Paris, France; 1989. IC-8, 12.
5. Steigleder GK. Atlas de dermatologie pratique. Paris: Ed. Masson; 1984.
6. Levene GM, Calnan CD. Atlas en couleurs de dermatologie. Paris: Maloine; 1974.
7. Banos A, Castera P. Notions pathogéniques et physiopathologiques en MTC des lésions élémentaires cutanées. Annales de la Société d'Acupuncture d'Aquitaine 1989; 4.
8. Roch FX. Le prurit. Annales de la Société d'Acupuncture d'Aquitaine 1989; 4.

Bernard Desoutter

Les douleurs de la région antérieure et interne de la cuisse dites cruralgies

Résumé : L'auteur analyse ici les caractéristiques propres aux douleurs lombaires qui irradient sur la face antérieure ou interne de la cuisse. Ces douleurs amènent à une analyse de syndromes généraux spécifiques, à une thérapeutique s'orientant selon les méridiens impliqués et selon les chaînes musculaires responsables de ces douleurs. **Mots-clés :** Cruralgie - muscles des méridiens - cuisse - quadriceps - adducteurs.

Summary : The author analyses the features peculiar to lumbar pain radiating to the anterior or medial aspects of the thigh. These forms of pain lead to the analysis of specific general syndromes and to a treatment according to the meridians involved and the muscular chains contributing to the pain. **Keywords :** crural pain - muscle of the meridians - thigh - quadriceps femoris - adductors.

Introduction

Ces patients consultent pour "cruralgie", terme un peu général réunissant dans leur esprit les douleurs de la face antérieure de la cuisse. La cruralgie représente 2 à 5 % des lomboradiculalgies, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et se situe dans la tranche d'âge des 50 et 60 ans. Elle peut survenir après un épisode de lombalgie chronique, de lumbago ou de sciatique, plus rarement après un épisode aigu inaugural. La douleur est parfois intense, accompagnée de dysesthésies à type de broiement, de brûlures. La recrudescence est le plus souvent nocturne entraînant insomnies et altération de l'état général. Rappelons que le diagnostic de radiculalgie crurale se fait à la suite de la manœuvre du crural ou "Lasègue inversé", le patient étant en décubitus ventral, la cuisse mise en extension, le genou à 90° : c'est le signe de Léri. Les examens radiologiques tels que la tomodensitométrie permettent de mettre en évidence la présence de hernies en L2-L3, L3-L4, voire L4-L5. Les patients qui viennent consulter ont le plus souvent déjà réalisé ces examens radiologiques qui s'avèrent négatifs.

En aucun cas une douleur de la face antérieure de la cuisse ne peut permettre de retenir le diagnostic de cruralgie à elle seule. C'est l'association à des signes neurologiques déficitaires qui permet d'évoquer le diagnostic. Il est curieux de constater que, lors de notre recherche bibliographique, le terme, pourtant commun, de cruralgie n'a fait apparaître qu'une seule référence (en anglais), alors que nombreux sont les patients qui consultent pour ce type de douleur.

L'intérêt d'une analyse de cette pathologie dans le cadre de la Médecine Traditionnelle Chinoise va permettre de mettre en évidence quelques syndromes spécifiques à cette affection par rapport aux riches études des lombalgies et sciatalgies. Les choix thérapeutiques qui vont être établis vont tenir compte de la localisation de l'irradiation douloureuse et de symptômes associés, qui peuvent orienter à la fois vers l'atteinte de méridien et vers certaines chaînes musculaires préférentielles, que nous évoquerons ici.

Les principaux syndromes généraux

Dans le cadre de la médecine traditionnelle chinoise, certains déséquilibres généraux intégrant une douleur caractéristique de ces déséquilibres peuvent être mis en évidence. Nous nous contenterons de les citer, la thérapeutique de ces déséquilibres ne présentant pas de particularité propre [1].

Vide de qi *du Rein*

Les douleurs sont sourdes, inconstantes, d'intensité variable, associées à la fatigue. La douleur est améliorée par la mise en mouvement, mouvement lent, modéré et limité dans le temps, mais aggravée par l'effort soutenu, la fin de journée, le froid. La douleur prédomine dans

la région lombaire. Notons dès à présent que le point VC4 est indiqué : Névralgie crurale.

Humidité

La douleur est sourde, à type de lourdeur, d'engourdissement, souvent accompagnée de dysesthésies. Le contexte général évoque la pathologie d'Humidité interne : polyphagie, surpoids, transpiration forte, oppressions… La douleur prédomine dans la cuisse, avec la mise en évidence possible de paresthésies telles qu'on peut le voir dans certaines atteintes comme la méralgie paresthésique.

Amas de Sang

La douleur est pongitive, très localisée, profonde, intense et souvent continue. Elle est souvent aggravée la nuit et nécessite un long moment de dérouillage le matin. On retrouve ces caractéristiques dans les cruralgies aggravées par les longs voyages en voiture ou la position assise prolongée. Ce type de douleur est assez fréquent puisque le méridien d'Estomac présente une affinité particulière avec les maladies du Sang qu'il traite. On retrouvera associés d'autres signes d'Amas de Sang.

Les atteintes d'origine externe

Nous pouvons observer qu'il n'existe pas à proprement parler d'atteinte de la région antérieure de la cuisse qui puisse entrer, du moins dans notre civilisation occidentale, dans le cadre d'atteintes d'origine externe. Nous réserverons ces atteintes pour les douleurs irradiant sur les faces postérieure et latérale des lombes et du membre inférieur (le Vent, le Froid). L'Humidité d'origine externe sera plus volontiers évoquée dans les douleurs articulaires entrant dans le cadre des *bi* Humidité.

Analyse selon le méridien

Méridien de l'Estomac

Dans la symptomatologie des méridiens est décrite une douleur qui se présente selon le trajet du méridien. La douleur prédomine à la cuisse, la douleur lombaire pouvant être faible ou inexistante. En ce qui concerne le méridien de l'Estomac le *Lingshu* précise que le méridien de l'Estomac est riche en Sang et en Energie et traite les maladies qui appartiennent au Sang [2]. Les caractéristiques de nombreuses douleurs de type cruralgie vont amener à un diagnostic d'Amas de Sang : aggravées la nuit, améliorées au dérouillage, parfois intenses, profondes, localisées et fixes. Ainsi, lors d'une atteinte de la face antérieure de la cuisse irradiant selon le méridien de l'Estomac, notre orientation thérapeutique consistera en priorité à traiter le Sang, avec des points tels que le VE17, RA6, RA10 et des points du méridien de l'Estomac : ES45, ES36, ES33 et points *ashi.*

Notons aussi, selon Soulié de Morant [3] :

ES30 : Cuisse : douleurs (névralgie crurale). Face médiale du membre inférieur.

ES31 : Cuisse antérieure, faiblesse ou contracture.

ES32 : Agit surtout sur droit antérieur et vaste externe.

Méridien du Foie :

Symptomatologie d'atteinte du Méridien : spasmes, douleurs, contractures de la loge médiane de la cuisse. Gonflement du bas ventre chez la femme et du scrotum chez l'homme. La douleur est donc plus médiane, irradiant vers le bas ventre ou le bassin chez la femme et le scrotum chez l'homme. Nous savons que les organes génitaux externes sont liés à ce méridien. Spasmes et contractures prédominent dans le contexte d'une personne tendue, nerveuse et cette irradiation peut s'associer à un tableau de Stagnation du *qi* du Foie. Cette symptomatologie peut évoquer le VE18, FO8, FO3, VB34 (contracture de la face interne de la cuisse avec raideur articulaire) [4]. Les points douloureux locaux correspondent aux adducteurs. Nous verrons ultérieurement que les points détentes du grand adducteur peuvent donner des douleurs qui irradient dans les organes génitaux et même le bassin [5], ce qui n'est pas sans évoquer la symptomatologie du "tendino-musculaire" du Foie [6]. Ces douleurs référées irradient le long du méridien du Foie.

FO11 : Contracture du grand psoas [3].
Douleur de la face interne de la cuisse [6].

FO8 : Membre inférieur : surtout face médiale : Douleurs, crampes. Cuisse idem.

FO3 : Membre inférieur : Difficulté de se mouvoir, de marcher. Marche très difficile. Engourdissement.

Méridien de la Rate :

Symptomatologie d'atteinte du méridien : La douleur s'accompagne d'une lassitude de l'ensemble du corps. Le genou peut être gonflé du coté interne.
RA12 : cuisse antéro-médiale [3].
RA13 : Muscle iliaque. Membre inférieur, face antérieure [3].
RA10 : Douleur de la face interne de la cuisse [7].
RA5 : Douleur de la face interne de la cuisse [8].
Cette symptomatologie évoque une atteinte d'Humidité d'origine interne pour laquelle il faudra tonifier la Rate : VE20, RA2, RA9.

Méridien du Rein :

Symptomatologie d'atteinte du méridien : Douleur de la face postéro-interne de la cuisse, accompagnée le plus souvent d'une douleur des lombes prédominante et d'une sensation de chaleur de la plante du pied [9].
RE1, RE8, RE10 : Douleur de la face interne de la cuisse [3, 6].
On se rend donc compte que l'atteinte du méridien répond à l'atteinte du viscère correspondant, ce qui nécessite donc un rééquilibrage des perturbations du viscère.

Les chaînes musculaires

Le muscle carré des lombes (figure 1) *:*

Pour une importante étude de ce muscle et des douleurs référées ainsi que l'examen clinique du patient on peut se référer aux travaux de Travell et Simons [5, p. 30]. C'est l'un des muscles les plus fréquemment impliqués dans les causes de lombalgies. La douleur référée des points détentes se situe, en arrière à la région de l'articulation sacro-iliaque, et en avant dans la région inguinale. L'importance de ce muscle dans les douleurs qui nous concernent ici, est qu'il y a une fonction musculaire et une unité fonctionnelle qui implique fréquemment ce muscle, l'associant au muscle suivant : le muscle ilio-psoas, puis au quadriceps fémoral ou aux adducteurs.

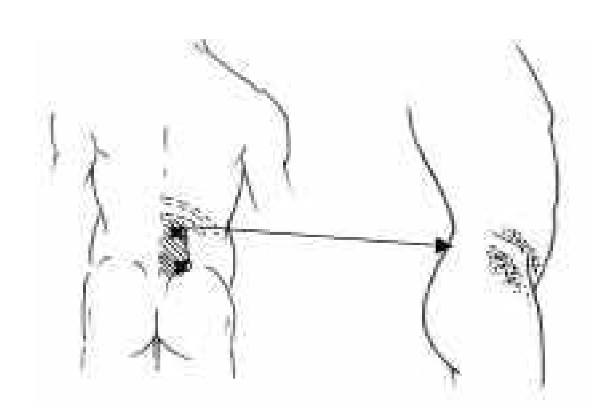


Figure 1. Carré des lombes.

Au niveau thoracique, nous pouvons retrouver des points détentes dans les muscles para-vertébraux thoraco-lombaires permettant ainsi de comprendre que nous retrouverons, selon l'atteinte générale ou l'atteinte évoquant un méridien, des points sensibles très haut sur les branches externe et interne du méridien de Vessie. Quatre zones du carré des lombes peuvent donner des territoires douloureux bien distincts : les points les plus superficiels (et distaux) peuvent entraîner une douleur dans la partie antérieure dans le pli inguinal, voire dans la partie supérieure de la cuisse. A partir des points détentes profonds, les patients peuvent décrire des douleurs de la cuisse jusqu'à la rotule. S'il a une fonction essentielle de stabilisation du rachis, ce muscle participe pour une part à la flexion de la jambe en association avec les muscles que nous évoquerons ultérieurement. L'activation des points détentes du muscle carré des lombes peut se faire lors du soulèvement d'une charge lourde, en se penchant en avant avec une rotation du tronc comme pour ramasser un objet par exemple, en se levant d'un siège profond ou d'un lit bas. Son atteinte peut être entretenue ou favorisée par des troubles de la statique occasionnés par une inégalité de membres inférieurs, un petit hémi-bassin, des bras courts, un lit trop mou, certaines positions : debout, penché en avant. Lorsque le muscle carré des lombes est atteint unilatéralement, le patient a tendance à se tenir sur la jambe homolatérale, plus courte, en fléchissant le genou de la jambe opposée. La palpation des fibres musculaires du carré des lombes se fait le patient allongé sur le côté opposé à la douleur, le bras élevé jusqu'au

bord de la table d'examen, en arrière de la tête, le genou tombé sur la table d'examen en arrière de l'autre genou, ceci afin de dégager au maximum l'espace entre la 12° côte et l'épine iliaque antéro-supérieure et de mettre le muscle en tension. Deux régions sont à explorer en particulier. La première en dessous de la 12° côte, la seconde au-dessus de la crête iliaque. Lorsque les patients consultent pour une douleur de la face antérieure ou interne de la cuisse, il est important de faire préciser si la douleur n'a pas été précédée ou n'est pas associée à des douleurs lombaires homolatérales.

VB27 : Cuisse antérieure et médiale.

VB26 : Cuisse antérieure et médiale.

Dans l'étude menée par Zhong Jishang [10], à propos de 96 cas de cruralgie, un point situé à 2 distances de L1 est indiqué et pourrait correspondre au point détente situé sous la 12° côte.

Le muscle ilio-psoas (figure 2) *:*

Le muscle ilio-psoas participe à plusieurs fonctions très importantes, en particulier la flexion de la cuisse. Il participe aussi au maintien de la station érigée. Les patients porteurs de points détentes de l'ilio-psoas se plaignent avant tout de lombalgies, mais aussi d'une douleur sur la face antérieure de la cuisse. La douleur est aggravée par la position debout. Les patients ont souvent du mal à sortir d'un siège profond et signalent souvent leur difficulté de sortir de leur voiture. En position érigée, le patient à tendance à porter son poids sur la jambe opposée, ceci lui permettant de fléchir légèrement la hanche. Les patients ont tendance à se tenir légèrement penchés en avant, avec une bascule antérieure du bassin. Allongés, pour soulager la douleur, ils vont relâcher la tension du muscle par la flexion de la cuisse comme couché en position fœtale, mais cette position, raccourcissant le muscle, peut rendre difficile la mise en position debout au lever du lit. Deux points détentes peuvent être palpés :

- La pression profonde au bord latéral du triangle fémoral peut déclencher une douleur de la face antérieure de la cuisse. Le point à puncturer est situé en dehors de l'artère fémorale, la cuisse en abduction et rotation latérale. (On palpe facilement les pulsations de l'artère).
- La pression en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure peut entraîner une douleur de la région lombaire et de la partie haute de la cuisse. La puncture doit nécessairement se faire très proche de la face interne de l'épine iliaque pour ne pas pénétrer dans la cavité abdominale. Ceci ne présente pas de problème chez les personnes maigres et nécessite de la prudence chez les autres.

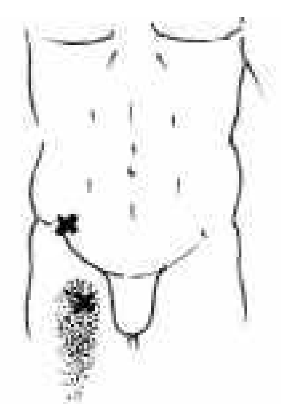


Figure 2. Muscle ilio-psoas.

Le quadriceps fémoral (figure 3) *:*

Ce groupe est constitué de quatre muscles donnant des irradiations sur la face médiale, antérieure et latérale de la cuisse. Ce sont :

- Le droit fémoral dont le point détente se situe dans l'extrémité supérieure du muscle, sa douleur référée se situant sur la face antérieure de la cuisse.
- Le vaste médial dont le point détente donne une douleur référée à la partie antéro-médiale de la cuisse et du genou.
- Le vaste intermédiaire dont le territoire douloureux intéresse la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse.
- Le vaste latéral qui comporte au moins cinq sites de points détentes qui donnent des irradiations le long de la face latérale de la cuisse. Nous l'excluons donc de cette étude.

Le quadriceps agit principalement pour étendre la jambe au genou et pour aider la flexion de la cuisse à la hanche. Le quadriceps fémoral sert à contrôler les mouvements tels que se pencher en avant, s'accroupir, s'asseoir ou descendre les escaliers. Il faut penser à ce groupe musculaire lorsqu'il y a un dérobement ou un blo-

cage de la rotule, parfois un dérobement de la hanche. Dans le cadre de douleur qui nous concerne, nous nous arrêterons sur les atteintes des muscles vaste médial et vaste intermédiaire. Le vaste latéral présentant des points détentes dont l'irradiation est latérale et le droit fémoral dont le territoire principal de douleur référée se situe au niveau de la rotule.

Droit fémoral : Le sujet est réveillé la nuit par une douleur devant le genou ou se plaint de douleur du genou et de faiblesse en descendant les escaliers. Les points détente de ce muscle peuvent être activés par la position assise, avec un poids important sur les cuisses.

Vaste médial : Douleur profonde dans l'articulation du genou avec syndrome de dérobement du genou à la marche. Ce muscle développe souvent des points détentes à la suite d'efforts sportifs intenses ou les traumatismes directs du genou ou du muscle.

Vaste intermédiaire : Les patients ont du mal à étendre complètement le genou, souffrent en montant les escaliers à l'extension du genou de la jambe d'appui. Il appartient à la même unité fonctionnelle que les autres muscles et développe des points détente secondairement. Les trois vastes et l'ilio-psoas sont des muscles qui développent le plus souvent des points détentes en association avec ceux du droit fémoral. Le point distal du vaste médial est souvent associé à des points détentes des adducteurs.

Les muscles adducteurs

Le groupe des adducteurs de la hanche est constitué par quatre muscles dont les points détentes peuvent donner une douleur dans la partie antérieure, antéro-médiale ou médiale de la cuisse. L'ensemble de ces muscles a pour fonction l'adduction de la hanche et la limitation de l'abduction lors de la marche. L'examen du patient consiste à évaluer la limitation de l'abduction et à palper les différentes zones de points détentes.

Long adducteur et court adducteur (figure 4) : Ces deux muscles présentent des points détentes qui projettent une douleur du pli de l'aine jusqu'au genou, sur la partie antéro-médiale de la cuisse. Cette douleur est aggravée par le port de charge et par les mouvements brusques de torsion de la hanche.

Grand adducteur (figure 5) : La douleur peut irradier dans l'os pubien, le rectum ou le vagin, parfois la vessie, et être décrite comme localisée profondément à l'intérieur du bassin. Ce muscle est mis en jeu lors de certaines activités sportives tel que le ski, le vélo ou en équitation pour serrer les flancs du cheval entre les genoux. Le grand adducteur est actif pendant la montée des escaliers, mais pas dans la descente.

La recherche des points détentes dans les adducteurs se fait avec le membre inférieur en abduction et rotation externe.

Gracile

Les points détentes du muscle gracile donnent une douleur locale, superficielle le long de la face médiale de la cuisse.

Sartorius

Les points détente de ce muscle donnent des douleurs superficielles piquantes ou à type de fourmillement.

Pectiné

La douleur se projette à la surface du muscle pectiné, juste au-dessous du ligament inguinal. Sont souvent associés des points détentes de l'ilio-psoas ou des adducteurs.

Diagnostics différentiels

Dans le cas de douleurs de la cuisse évoquant les adducteurs, il faut penser à d'autres étiologies, en particulier si ces douleurs ne sont pas améliorées par la thérapeutique. Il s'agit principalement des causes suivantes :

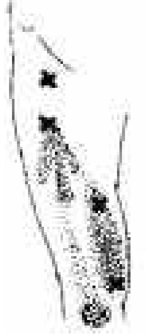


Figure 3. Quadriceps (Droit fémoral, vaste intermédiaire, vaste médial).

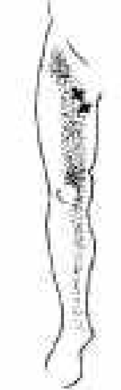


Figure 4. Long et court adducteurs.

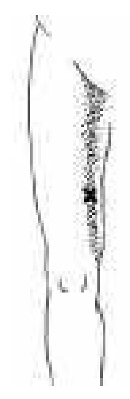


Figure 5. Grand adducteur.

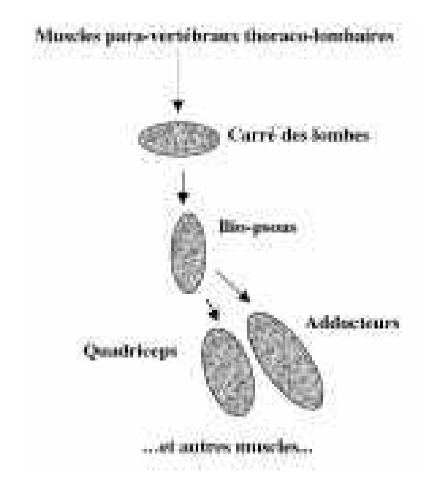
- La symphysite pubienne que l'on retrouve dans les activités physiques intenses, confirmée par radiologie et scintigraphie.
- La fracture pubienne de fatigue, en particulier chez les coureurs à pied, dont le diagnostic est confirmé par la radiologie.
- Le syndrome d'arrachement de l'insertion des adducteurs présentant une douleur sourde aggravée par le mouvement et améliorée par le repos.

S'il est fréquent d'imputer toute douleur de la cuisse ou du genou à une douleur de coxarthrose de la hanche, il ne faut pas oublier néanmoins cette étiologie et la pratique de la radiologie peut s'avérer importante. Inversement, une partie de l'impotence liée à l'arthrose de la hanche est d'origine musculaire et il faut y penser dans les suites douloureuses d'intervention de prothèse de hanche lorsque aucun signe pathologique ne vient mettre en cause l'acte chirurgical (descellement de la prothèse en particulier).

La méralgie paresthésique comporte des douleurs brûlantes et des paresthésies dans le territoire du nerf cutané fémoral, s'étendant sur la face antéro-latérale de la cuisse, parfois jusqu'au genou. Le nerf cutané fémoral chemine dans le psoas au niveau de l'épine antéro-supérieure de l'iliaque. Ce nerf peut subir des compressions à l'intérieur du corps musculaire du grand psoas ou de la partie supérieure du sartorius. Ce type de douleur peut se rencontrer lors du port de ceintures trop serrées, d'une paroi abdominale relâchée. Y penser chez la femme enceinte : le trouble disparaît souvent spontanément après l'accouchement.

Conclusion

Comme on peut le constater dans la pratique, il existe une chaîne d'atteinte préférentielle des muscles carré des lombes, ilio-psoas, quadriceps fémoral ou adducteurs qui va se caractériser par l'apparition de douleur à la fois lombaire et sur les faces antérieure ou interne de la cuisse. Outre le traitement général élaboré à partir des signes généraux et des caractéristiques de la douleur, le traitement réalisé selon le méridien mis en évidence, il ne faudra pas méconnaître les différents points-détentes, points *ashi* en ce qui nous concerne, afin de traiter efficacement ces douleurs.





Dr Bernard Desoutter
25, Av. Aristide Briand, 34 170 Castelnau le Lez,
☎ 04 67 72 37 64
✉ desoutter@wanadoo.fr

Références :

1. Eyraud MJ, Romano L. Caractères et modalités de la douleur. Actes du XVI° Congrès d'acupuncture A.F.E.R.A. nimes 2003.
2. Schnorrenberger C, Qiang Jing Lian. Klassiche acupuncture chinas Ling Kung King. Traduction de Rudermann J. Nimes; éditions A.F.E.R.A.: 1980.
3. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine; 1972.
4. Lin Shi Shan, Dubuisson M. Traitement des syndromes en acupuncture traditionnelle. Forbach: Institut Yin-Yang; 1996.
5. Travell JG, Simons DG. Douleurs et troubles fonctionnels myofaciaux Tome 2 : le membre inférieur. Bruxelles: Edition Haug Internationnal;1993.
6. Guillaume G, Chieu M. Dictionnaire des points d'acupuncture Tomes 1 et 2. Paris: Guy Trédaniel éditeur, Collection la Tisserande:1995.
7. Lin Shi Shan, Dubuisson M. Choix des points en acupuncture traditionnelle. Forbach: Institut Yin-Yang; 1997.
8. Guillaume G, Mach Chieu. Rhumatologie et médecine traditionnelle chinoise, vol.1 et 2. Paris: Edition La Tisserande; 1990.
9. Gimenez-Bros O. Séméiologie des douze méridiens. Mémoire de fin d'étude d'acupuncture. Nimes 1987.
10. Zhong Jishang : Acupuncture treatement in 96 cases of superior clunial nerve injury. Journal of Traditionnal Chinese Médicine 1991;11(4):259-260.

Bernard Verdoux

Prurit et pigmentation cutanée du dos : réflexions sémiologiques

Résumé : A partir de cas cliniques analysés sous des angles différents, l'auteur met en évidence des zones du dos qui présentent un prurit chronique ou récurrent évoluant vers une pigmentation définitive, ne répondant à aucun diagnostic de dermatologie classique. Il s'agit le plus souvent de manifestations réflexes pouvant très bien s'expliquer par la théorie des *jingluo* de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC). Cette corrélation présente un triple intérêt : diagnostique par sa valeur sémiologique vers un tableau de MTC ; thérapeutique par orientation du choix des points à utiliser ; syncrétique par le recoupement qui peut être fait avec différentes traditions médicales dont la médecine manuelle (MM). **Mots-clés :** médecine manuelle - prurit - pigmentation - *jingluo* - points *beishu* - *huatuojiaji* - méridien tendinomusculaire.

Summary : From clinical cases analysed from different points of view, the author obviously shows back zones suffering from chronic or recurrent ichting developing permanent pigmentation, agreeing with none of western dermatology' diagnosis. Usually they are reflex manifestations explained by Traditional Chinese Medicine (TCM) *jingluo* theory. This correlation has triple interest : diagnosis : his semiologic value about TCM picture ; therapeutic : guidance to useful points choice ; syncretic : cross checking of different medical traditions including manual medicine (MM). **Keywords :** manual medicine - ichting - pigmentation - *jingluo* - *beishu* points - *huatuojiaji.*

Cas clinique

M. BJ, né en 1931, consulte en 1986 pour des pertes de connaissances brèves et fébriles. Il présente en effet depuis quelques mois des épisodes de fièvre intermittente durant 2 à 3 jours, de survenue aléatoire, sans rythmicité précise, plutôt liés à des stress ou des écarts alimentaires. La fièvre est variable et alterne avec des sueurs froides, elle apparaît insidieusement quelques heures avant et persiste 24 à 48 h après un malaise avec perte de connaissance brève. Les autres symptômes sont discrets et n'alertent pas le patient : gène vague et inconstante dans les hypochondres, bouche amère, lourdeur céphalique ; le transit ralenti pendant la fièvre, s'accélère après, avec ramollissement et décoloration des selles ; les urines sont passagèrement foncées mais le bilan infectieux est négatif. Entre les crises les symptômes digestifs sont absents ; l'état général est bon, il n'y a pas de problème de fatigue nerveuse chez cet homme bon vivant et bedonnant, représentant de commerce dynamique, dirigeant d'un club sportif, aimant la pêche et la nature. Devant ce tableau clinique frustre pour la médecine occidentale moderne (MO), la biologie n'apporte rien de plus et seule l'échographie révèle une lithiase vésiculaire (2 calculs de 6 et 8 mm) libre et radio-transparente, qui ne retient pas l'attention. La répétition des crises et le handicap qu'elles entraînent justifient un premier bilan hospitalier dans la ville voisine, qui ne donne aucun résultat, mais permet d'écarter une pathologie grave : pas de Hodgkin, ni d'autre atteinte proliférative, pas de maladie infectieuse, pas de trouble inflammatoire auto-immun. Insatisfait le patient se fait hospitaliser deux fois une semaine dans un service de gastro-entérologie puis de médecine interne des hôpitaux de Lyon où vivent ses enfants : après une batterie complète d'explorations complémentaires : rien de plus, la lithiase n'est pas jugée responsable de la pathologie et on parle de syndrome vagal atypique… par surmenage !

Quand je le vois, au problème du départ s'ajoutent manifestement des troubles de l'humeur : tout simplement d'abord l'anxiété de ne pas savoir ce qui lui arrive, mais aussi le réveil de ressentiments anciens autant

envers son père, qu'envers sa femme, qu'envers son travail, qu'envers son activité de dirigeant sportif : tout devient matière à critiques et frustrations.

A l'examen : le teint est légèrement jaunâtre mais sans ictère ; la langue est tendue, rouge clair ; l'enduit est blanchâtre trouble épais au centre et jaune en surface ; le pouls est glissant *(hua),* mais profond *(chen)* et difficile à ressentir comme souvent en cas de surpoids ; ce qui est le cas avec 95 kg pour 1m 68 et un ventre de Bouddha qui ne facilite pas la palpation abdominale.

Bien que les bilans de MO soient contradictoires, la symptomatologie de MTC évoque un processus interne de Chaleur et Plénitude intéressant le Foyer Moyen.

Le reste de l'examen montre :

- un syndrome de souffrance banale des charnières du rachis (SCR) : sensibilité étagée des cervicales aux lombaires, limitation de la mobilité de certains axes, irradiations épisodiques dans le tronc et les membres ;
- et une zone de pigmentation dorsale sous la pointe inférieure de l'omoplate gauche ne ressemblant à aucune dermatose classique ; le patient parle alors d'un prurit chronique à ce niveau.

Cette symptomatologie dorsale semble banale sauf que : les points douloureux les plus sensibles en période de crise sont sur T5 / T6, T10 T11 et L4/L5, les dermalgies correspondent avec les points *beishu* de FO, VB, RA, ES. Les irradiations, avec les méridiens de TR et VB : brachialgie, douleur inter-costale, sciatalgie. Le tableau synthétique devient alors très évocateur d'un processus pathologique chronique entre Foie/Vésicule biliaire (FO/VB) et Rate/Estomac (RA/ES) de type attaque transverse et *ni* (reflux) dans le cadre des *zangfu* ; la fièvre intermittente est de type *shaoyang* dans la théorie des grands méridiens (GM) ; et les malaises sont de type Vent par amas de *tan* dans les méridiens de VB et ES, montant à la tête, venant obstruer les pures ouvertures du Cœur dans la théorie des mouvements du *qi* et des pervers. Enfin s'ajoutent des atteintes de la zone tendino-musculaire des Méridiens incriminés. Dans cette observation, une simple zone de pigmentation a déclenché le déclic diagnostique.

Physiopathologie en Médecine Occidentale

Un œil averti va souvent retrouver ce genre de lésion cutanée métamérique (LCM). Elles se présentent sous plusieurs formes :

- Le prurit isolé en est l'expression la plus élémentaire, et la première à se manifester chronologiquement.
- Viennent ensuite les lésions de grattage à type d'excoriations et de cicatrices, les sous-vêtements sont parfois usés en regard.
- Enfin au bout de quelques années d'évolution, apparaît la pigmentation ou la lichénification de la zone intéressée.

Une analyse globale et détaillée du sujet met en évidence une symptomatologie métamérique associée et le mécanisme déclenchant ce phénomène est celui des douleurs projetées [1]:

- soit l'irritation cutanée provient d'une atteinte de la branche nerveuse sensitive en amont : signe rapporté ;
- soit la lésion périphérique est l'expression à distance d'un trouble quelconque situé dans le même métamère d'innervation et l'on parle de signe référé ;
- les deux mécanismes peuvent coexister et donner des tableaux complexes comme dans le cas clinique cité plus haut.

Corrélations

La première concerne les dermalgies réflexes décrites par Jarricot [2]. Il est indéniable que ces lésions pigmentées métamériques correspondent souvent à une dermalgie et cette dermalgie à un organe ou mieux à une fonction organique perturbée : la régulation de la motricité des voies biliaires et du sphincter d'Oddi avec alternance d'obstruction biliaire et de reflux gastrique dans l'exemple ci-dessus.

La seconde est faite avec la médecine manuelle qui a recueilli dans ses observations de nombreuses indications similaires : quantité d'auteurs ont décrit ces zones en rapport avec un processus pathologique attribué au rachis, notamment R. Maigne [3] qui parle de *"dérangement inter-vertébral mineur"* et dont le diagnostic se

fait par la réunion de symptômes cutanés, tendineux et musculaires : le syndrome cellulo-téno-myalgique ou "triade de Maigne".

La pathologie fonctionnelle des muscles : on retrouve ces notions chez Travel et Simons dans leur travail magistral sur la question [4]. Les zones cutanées citées par ces médecins rééducateurs universitaires américains deviennent douloureuses ou dysesthésiques suite à des états de tension pathologique d'une fibre musculaire ; ces états ne sont pas spontanément résolutifs et peuvent persister des années ; lorsqu'ils touchent des muscles du dos et notamment de la statique antigravitaire, les manifestations cutanées sont particulièrement tenaces et s'accompagnent de symptômes sensitivomoteurs du rachis et des membres. Si ces problèmes ne sont pas rapidement traités, ils évoluent vers des troubles articulaires et péri-articulaires caractérisant l'atteinte arthrosique de l'appareil locomoteur. Un cercle vicieux peut s'installer entre les contraintes myotensives qui enflamment et déforment les articulations et l'atteinte articulaire qui entretient les tensions.

La regulation de la fonction musculaire [5,6] : Elle est probablement au cœur de toutes ces corrélations, lorsque les signaux reçus par les centres régulateurs en provenance d'un même métamère, mais d'organes ou de fonctions différentes, s'ajoutent et dépassent un seuil de tolérance, l'information est transmise au cortex, à la conscience, sous forme de sensations d'alerte. Ces sensations peuvent réunir des douleurs musculaires de fibres effectivement contractées, mais habituellement silencieuses, des sensations cutanées référées de localisation souvent déroutante, des sensations viscérales provenant en général de spasmes d'organe creux ou de tiraillement de méso. La perturbation musculaire peut alors fixer un trouble statique particulier en relation avec une dysfonction organique précise. Exemples :

- la cyphose-lordose cervico-dorsale du gastritique avec lésions cutanées prurigineuses, puis pigmentées sous scapulaires (souvent un homme) ;
- l'hyperlordose lombaire de la colitique avec signes cutanés et cellulitiques au niveau des fesses et des hanches (souvent une femme).

Le rapport pathologique est à double sens : il s'agit bien d'une corrélation circulaire et non d'une déduction linéaire de cause à effet. On ne peut savoir qui "de l'œuf ou de la poule" était là le premier. Nous retrouvons le mode de pensée de la MTC qui nous offre des outils merveilleux pour appréhender cet aspect de la réalité du sujet et pour le traiter. Donc, pour nous, la corrélation la plus intéressante se fait bien sûr avec les données de la MTC.

Valeur semiologique des LCM en MTC [7]

Dans les cas de SCR avec douleurs et LCM rapportées, les LCM sont plus souvent centrées par des points de *dumai* et de *huatuojiaji* ; à ce propos signalons une autre coïncidence : le point *huatuojiaji* se projette en profondeur sur le rameau sensitif (de la branche postérieure du nerf rachidien) au niveau de son passage sur le massif articulaire postérieur du segment vertébral dont il est issu. C'est là aussi que sont effectuées les thermocoagulations dans les syndromes facettaires des articulations vertébrales postérieures.

Dans les cas d'atteinte viscérale prépondérante, les LCM sont plutôt centrées par des points des branches internes et externes du méridien de *zhutaiyang* / Vessie, et particulièrement les points *beishu.*

Il arrive finalement assez souvent de trouver chez le même patient :

- des LCM rapportées de souffrance du rachis sur l'axe dorsal médian,
- des LCM référées à partir des interférences entre les structures de "surface" (synoviale, ligaments, tendons, muscles) et les viscères en rapport métamérique,
- des LCM sur la partie antérieure du corps (points *mu* notamment),
- des sensations irradiées sur des trajets assimilables parfois aux Méridiens surtout dans les membres,
- des sensations directement situées au niveau des viscères,
- des sensations attribuées à un organe sensoriel : "les ouvertures somatiques" des *zangfu* dans la théorie des *wuxing* (5 phases).

Si nous reprenons le cas clinique discuté ci-dessus :
- LCM pigmentée englobant les points VE15, 16, 17 et VE45, 46, 47 à gauche.
- LCM de type dermalgie du dos sur VE18, 19, 20, 21 à droite.
- LCM de type dermalgie du tronc antérieur sur FO14 et VB24 à droite.
- Brachialgie sur TR à gauche.
- Sciatalgie (fausse sciatique) sur VB à droite.
- Névralgies inter-costales T6 bilatérales.
- Gêne perçue à l'hypochondre droite, l'épigastre.
- Amertume en bouche (ouverture de Rate/Estomac) caractéristique du *ni* de FO/VB.

Il manque l'irradiation en bretelle de la crise de cholécystite et la céphalée occipito-frontale de la "crise de Foie" pour retrouver l'intégralité de la description du Méridien de VB avec ses branches vers l'Organe et ses points d'action directe *beishu / mu* ! Cette analyse permet de décrire la réalité de façon globale au jour J, et de la situer dans une histoire propre au sujet.

En Médecine Occidentale (service de gastro-entérologie puis de médecine interne d'un CHU) la tache est difficile, on note :
- une lithiase de la vésicule biliaire sans preuve de pathogénicité,
- un malaise vagal fébrile récidivant inexpliqué traité par Bellergal,
- des rachialgies irradiées ne présentant pas de rapport avec le reste et traitées par AINS,
- les aspects cutanés pigmentés restent anecdotiques,
- les dermalgies éventuelles sont superbement ignorées
- et les troubles de l'humeur mis en rapport avec un surmenage éventuel,
- le patient est qualifié de "fonctionnel" ou au pire de "psy".

En MTC :

Stagnation prolongée du *qi* du Foie manifestée au niveau :
- des émotions : ressentiments, frustration, mécontentement,
- du tendon des méridiens : *bi* de type Vent par stase du *qi*,
- de la zone cutanée : LCM, points *beishu / mu*,
- des *jinye* : *tan* dans VB et ES,
- des *zangfu* : attaque transverse de RA/ES,

Crise épisodique de type *shaoyang* avec montée de *tanre* (Glaires-Chaleur) à la tête.

Son traitement a consisté à stimuler fortement les points *beishu / mu* tous les jours pendant 3 jours dans l'espoir d'expulser les calculs, espoir déçu pour la lithiase, mais la symptomatologie fut améliorée à tous les niveaux d'atteinte en même temps. Je revois régulièrement M. BJ pour des récidives la plupart du temps bénignes, le plus souvent au niveau tendinomusculaire, répondant bien à l'acupuncture, avec des conseils diététiques et d'hygiène de vie tirés de la MTC… qui sont plus ou moins suivis !

Conclusion

La prise en compte de ces aspects particuliers de la peau du patient, ignorés par la Médecine Occidentale, est un bon exemple de la spécificité du mode de pensée corrélatif de la MTC.

Les conséquences sont :
- D'offrir le traitement en même temps que le diagnostic. La relation est opérative dans les deux sens ; ainsi la stimulation de la LCM agit sur le trouble même qui lui a donné naissance. Il se crée en fait un circuit cybernétique gouverné par des mécanismes de régulation. Toute la stratégie et la tactique thérapeutique vont dépendre de la connaissance approfondie de ces mécanismes : c'est l'objet des huit règles thérapeutiques qui répondent aux huit règles diagnostiques.
- D'apporter une vision globale de la physiopathologie du patient, de la personnaliser et de lui donner un sens, dénué de tout jugement.
- De faire passer le patient du statut d'objet du raisonnement objectif, au statut de sujet de la vision (forcément) subjective de son état, de lui réapproprier ses manifestations, de lui restituer son pouvoir d'auto guérison.



D[r] Bernard Verdoux
15, Bd du D[r] Ferroul, 11100 Narbonne
☎ 04.68.32.75.55 🖷 04.68.32.32.36
✉ b.verdoux@wanadoo.fr

Références :

1. Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Paris: Masson; 1975.
2. Jarricot H. De certaines relations viscéro-cutanées métamériques en acupuncture. Lyon;1972.
3. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale et traitement par manipulations. Paris: Expansion scientifique;1977.
4. Travel JG, Simons MD. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux : traité des points-détente musculaires. Bruxelles: Haug international;1993.
5. Verdoux B, Aledo K. Concordance entre médecine manuelle et acupuncture. Actes du 7° congrès national de la FAFORMEC, Dossier des ateliers, -2003 Nov. 28-29; Marseille, France;2003.Atelier 26-1 et 2.
6. Dessouter B, Giraud JP, Lafont JL, Taillandier J. Les manipulations articulaires du rachis. Paris: Maloine; 1988.
7. Verdoux B. A propos de certaines zones pigmentées du dos. Actes du 4° congrès de l'A.F.E.R.A., 1989 Mars;Nîmes-France; p.343-352.

Marc Piquemal

Exploration thermographique du rachis durant un examen de posturologie

Résumé : L'exploration fonctionnelle par thermographie rachidienne, montre que lorsque le point d'acupuncture est particulièrement bien choisi, et placé sous influence magnétique, une adaptation musculaire axiale paravertébrale s'ensuit. Il s'agit là d'une réponse physiologique hautement intégrée, cohérente, correctrice du trouble posturale initial, réversible et inépuisable. **Mots-clés :** posturologie - acupuncture - thermographie axiale.

Summary : By means of a thermal camera, functional exploration of spinal muscles is done during a posturology session. Change in perirachidien muscles blood distribution is observed meanwhile a magnet is set on some acupuncture specific point. Postural adaptation response is specific of the patient, coherent, corrective of the initial postural troubles, reversible and lasts as long as magnet is present on the specific acupuncture points. **Keywords :** posturology - acupuncture - rachidien infra red exploration.

Introduction

La posturologie, matière médicale qui vise la restauration de l'équilibre dynamique de la position du corps dans l'espace, peut être abordée selon différentes modalités (clinique, instrumentale). Dans un précédent article, il a pu être objectivé que le positionnement d'un aimant, face nord dirigée vers la peau, placé sur certains points d'acupuncture, gênerait un changement du schéma électrique corporel, immédiatement suivi par une correction clinique de la posture [1]. Cette cartographie acupuncturale de la posturologie revient à la recherche du Docteur George Willem [2]. Le présent travail cherche à retrouver l'influence sur la distribution du flux sanguin des muscles paravertébraux, d'une stimulation magnétique de ces mêmes points gâchette d'acupuncture. En d'autres termes, existe-il une relation énergétique (flux magnétique) entre la cartographie acupuncturale et le rétablissement de la posture ?

Matériel et méthode :

Etape exploratrice :

a) Matériel

Nous utiliserons une caméra infrarouge de 8 bits, modèle 520 de Infra Metrix. La région explorée thermographiquement correspond à la partie postérieure du dos et s'étend de C7 à L4. Les données sont recueillies sur ordinateur grâce à une carte interne d'acquisition d'image. En ce qui concerne le patient, sont respectées les conditions de stabilité thermique suivantes : ambiance thermique stable à 28°C, acoustiquement neutre. Contrôle des sources possibles d'interférences lumineuses et caloriques. La peau du patient ne reçoit aucun traitement cutané, est saine sans cicatrice ni exposition préalable au soleil. Un temps d'acclimatation de 20 minutes est laissé au patient, le tronc est libre de vêtement.

b) Méthode :

La séquence exploratrice, scandée par un chronogramme automatisé, est décrite ci-dessous :

- Thermographie du dos, le sujet étant debout, face à un mur, en situation de repos.
- Temps de repos de 60 secondes.
- Approche de l'aimant "yeux", côté membre supérieur court (60 secondes). Point cutané d'influence magnétique sélectionné : Vésicule Biliaire 1. L'aimant d'une force de 1500 m Gauss est placé, face nord sur la peau. Thermographie au temps 60.
- Temps de repos de 60 secondes.
- Approche de l'aimant "vestibulaire", côté membre supérieur long. (60 secondes). Point cutané d'influence magnétique sélectionné : Triple Réchauffeur 22.

L'aimant est placé face nord sur la peau. Thermographie au temps 60.
- Temps de repos de 60 secondes.
- Approche de l'aimant “mandibulaire”, côté membre supérieur long. (60 secondes). Point cutané d'influence magnétique sélectionné : Estomac 7. L'aimant est placé face nord sur la peau. Thermographie au temps 60.
- Temps de repos de 60 secondes.
- Approche de l'aimant podal, bilatéral. (60 secondes). Les points cutanés recevant l'influence magnétique sont situés en arrière de la base du premier métatarsien. Thermographie au temps 60.
- Temps de repos de 60 secondes.
- Thermographie au temps 60, le corps dépourvu d'aimant.

Traitement des données

Après recueil des données, sous forme d'images, soit 7 thermographies du dos par patient, vient l'étape numérique. Grâce à un logiciel de traitement d'image, tout d'abord nous sélectionnons, à partir de chaque image thermique, une région d'intérêt, rectangle correspondant à la portion plus limitée de la zone périrachidienne (+/- 10 cm autour de l'axe vertical des apophyses médianes rachidiennes). Cette seconde image est alors transformée en une matrice de numéros en fonction des tonalités de gris présentes. D'une source qualitative nous obtenons ainsi des données quantitatives matricielles. L'étape suivante revient à établir une moyenne numérique provenant des pixels et correspondant à

Tableau I. Indices de corrélation au cours du protocole.

Ag	**CG**	**CDt**	**Li**	**CG**	**CDt**
Av aimant/aimant visuel	0.86	0.89	Av aimant/aimant visuel	0.49	0.69
Av aimant/aimant vestibulaire	0.79	0.87	Av aimant/aimant vestibulaire	0.79	0.79
Av aimant/aimant manducateur	0.79	0.82	Av aimant/aimant manducateur	0.80	0.84
Av aimant/aimant podal	0.74	0.73	Av aimant/aimant podal	0.83	0.88
Av aimant/après aimant	0.54	0.67	Av aimant/après aimant	0.87	0.91
Ca	**CG**	**CDt**	**Lu**	**CG**	**CDt**
Av aimant/aimant visuel	0.91	0.97	Av aimant/aimant visuel	0.89	0.91
Av aimant/aimant vestibulaire	0.79	0.87	Av aimant/aimant vestibulaire	0.41	0.72
Av aimant/aimant manducateur	0.92	0.90	Av aimant/aimant manducateur	0.85	0.89
Av aimant/aimant podal	0.84	0.82	Av aimant/aimant podal	0.88	0.82
Av aimant/après aimant	0.85	0.65	Av aimant/après aimant	0.88	0.85
Ch	**CG**	**CDt**	**Ma**	**CG**	**CDt**
Av aimant/aimant visuel	0.93	0.92	Av aimant/aimant visuel	1.00	1.00
Av aimant/aimant vestibulaire	0.93	0.93	Av aimant/aimant vestibulaire	0.95	0.88
Av aimant/aimant manducateur	0.87	0.87	Av aimant/aimant manducateur	0.94	0.91
Av aimant/aimant podal	0.87	0.77	Av aimant/aimant podal	0.93	0.95
Av aimant/après aimant	0.87	0.77	Av aimant/après aimant	0.93	0.94
Er	**CG**	**CDt**	**Ra**	**CG**	**CDt**
Av aimant/aimant visuel	0.84	0.83	Av aimant/aimant visuel	0.80	0.86
Av aimant/aimant vestibulaire	0.40	0.53	Av aimant/aimant vestibulaire	0.67	0.86
Av aimant/aimant manducateur	0.70	0.79	Av aimant/aimant manducateur	0.73	0.83
Av aimant/aimant podal	0.63	0.60	Av aimant/aimant podal	0.42	0.80
Av aimant/après aimant	0.79	0.83	Av aimant/après aimant	0.63	0.81
Le	**CG**	**CDt**	**Vi**	**CG**	**CDt**
Av aimant/aimant visuel	0.92	0.93	Av aimant/aimant visuel	0.93	0.91
Av aimant/aimant vestibulaire	0.91	0.82	Av aimant/aimant vestibulaire	0.84	0.86
Av aimant/aimant manducateur	0.94	0.89	Av aimant/aimant manducateur	0.86	0.82
Av aimant/aimant podal	0.90	0.76	Av aimant/aimant podal	0.86	0.95
Av aimant/après aimant	0.87	0.69	Av aimant/après aimant	0.80	0.75

chaque segment vertébral qui se trouve projeté sur le plan de l'image thermique. Le résultat de ces opérations permet l'obtention d'une matrice de 2 colonnes (para vertébral gauche et droit) et de 16 lignes (1ère dorsale jusqu'à la 4ème lombaire). Ce sont ces matrices qui permettent de réaliser l'étude statistique corrélative sans biais, travail exécuté à partir du logiciel Matlab [3]. Au cours de cette approche, les colonnes matricielles sont corrélées unilatéralement par rapport à une même référence, l'état thermodynamique initial latéro-vertébral du sujet.

Tout indice de corrélation supérieur à 0.5 montre que les deux échantillons matriciels n'offrent pas de différence significative statistique. Par contre plus cet indice tend vers 0 et plus les deux matrices diffèrent.

Résultats et interprétation

Est présenté sous forme de tableaux, pour chaque sujet, l'ensemble des indices de corrélation résultant de chacune des étapes séquentielles du protocole (voir tableau I).

Globalement, deux grands groupes de sujets peuvent donc être discernés, sur cette population statistique de 10 personnes. Les répondeurs et les non-répondeurs. En d'autres termes, les sujets qui ont manifesté, du point de vue thermographique, un changement de leur schéma de répartition vasculaire segmentaire des muscles paravertébraux et ceux qui ne l'ont pas fait. Cette réponse axiale fait suite à la stimulation magnétique de points cutanés sélectifs. Cette stimulation est donc spécifique de chaque sujet, entraîne une réponse musculaire axiale adaptée, est réversible et dure le temps de la stimulation. Il ne s'agit point là, de rejeter la valeur ou l'efficacité de ces emplacements cutanés mais plutôt de reconsidérer le choix, volontairement limité de ces points acupuncturaux, sélectionnés arbitrairement par rapport à un ensemble plus vaste (figure 1 et 2).

Manifestement pour certains de ces sujets ce sous-ensemble de points ne répond pas à une zone gâchette, sensible à un champ magnétique. D'autre part une asymétrie de réponse côté droit/côté gauche est notée ce qui tend à prouver que le corps est fonctionnellement capable de rétablir certains troubles musculaires axiaux. Cependant si des désordres mécaniques vertébraux sous-jacents persistent, la correction fonctionnelle ne se fera que de manière incomplète. Au temps clinique, une prise de tension artérielle bilatérale soulignera l'importance des ces obstacles mécaniques en révélant une anisotension systématique montrant un écart entre les valeurs maxima et minima d'autant plus important que l'obstacle mécanique retentit sévèrement sur le fonctionnel (voir tableau II).

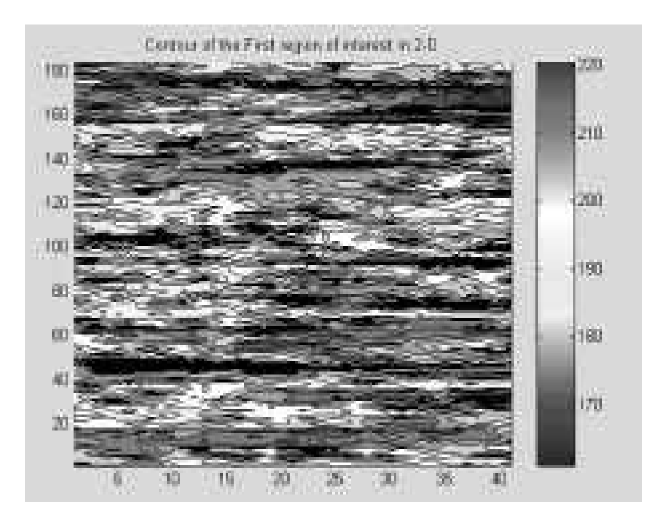


Figure 1. Thermographie péri-axiale vertébrale avant la pose de l'aimant cutané sur le point gâchette "visuel" d'acupuncture.

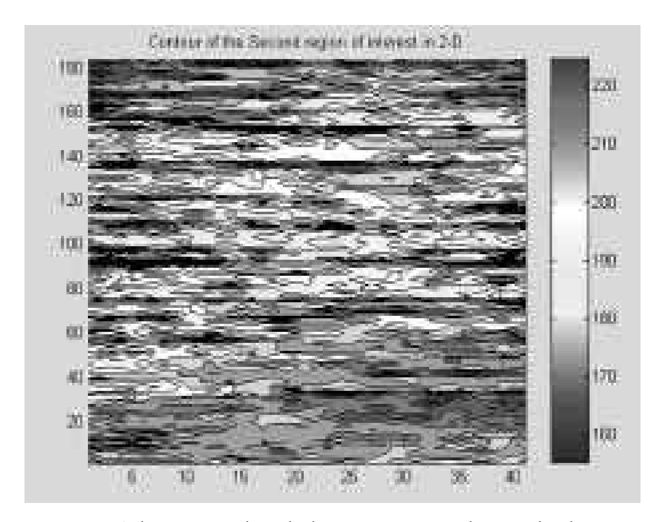


Figure 2. Thermographie de la zone péri-axiale vertébrale après une stimulation effective magnétique d'un point cutané gâchette "visuel" d'acupuncture.

Tableau II. Anisotension artérielle, membres supérieurs.

Patients	Ag	Ca	Ch	Er	Le
TA Bras Droit	120/75	110/60	120/85	85/70	110/70
TA Bras Gauche	140/80	120/60	120/70	95/70	100/70
Patients	**Li**	**Lu**	**Ma**	**Ra**	**Vi**
TA Bras Droit	145/85	110/63	100/65	110/60	140/70
TA Bras Gauche	135/90	110/70	85/60	100/60	140/65

On tente d'établir une relation statistique, de type binaire, entre la valeur de l'anisotension artérielle (minima ou maxima) et la variation des coefficients de corrélation correspondant de manière globale au changement thermique opéré en région paravertébrale droite et gauche.

Pour cela seront transformées, en mode binaire, les pressions artérielles bilatérales pour un même patient (minima ou maxima). Le code suivant est utilisé : la valeur 0 correspond à la valeur la plus basse des deux pressions artérielles bilatérales et la valeur 1 correspond à la valeur la plus haute.

Il existe alors une certaine relation statistique, coefficient de corrélation de 0.6, entre la valeur de la pression artérielle minima et la stabilité thermique para-rachidienne observée du côté controlatéral. L'adaptation posturale face à une stimulation adaptée est moindre du côté de la pression minima la plus basse.

Conclusion

Certains points d'acupuncture, après une stimulation par un agent énergétique sélectif (champ magnétique), peuvent entraîner une réponse mécanique musculaire posturale correctrice adaptée. Celle-ci se manifeste cliniquement et s'observe également par le biais d'une nouvelle répartition du flux sanguin au sein de la musculature axiale para-vertébrale, segment vertébral par segment vertébral. Nouvellement, il est possible de conclure qu´à la stimulation adaptée de certains points d'acupuncture, répond de manière intégrative et physique, probablement en partie par la mise en jeu du système nerveux autonome, une réorganisation fonctionnelle musculaire axiale. Cette réponse est hautement adaptée, réversible quant à ses effets et dure tout le temps de la stimulation.

L'homme, entité électrique, se meut dans un monde composé de champs magnétiques (ceinture de Van Allen, réseau de Hartmann), d'intensité certes bien moindre que celle des champs magnétiques utilisés ici. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une réponse mécanique à cette stimulation énergétique, les trois forces ici présentes (électricité cellulaire, champ magnétique et mouvement), ces trois grandeurs physiques étant depuis déjà fort longtemps unies au sein d'une loi, la loi de Laplace. Certains points d'acupuncture semblent donc jouer un rôle physiologique de communication entre les forces qui nous entourent et la nécessité de s'adapter à celles-ci. Tout le mérite revient donc à avoir su trouver en posturologie, au sein de l'immense cartographie chinoise des points d'acupuncture, la sélection judicieuse de ces portes d'entrée cutanée, de ces zones gâchettes magnétiques.



Dr Marc Piquemal
Casilla Correo, 2899 Asuncion, Paraguay
✉ bioconsulta@quanta.com.py

Références :

1. Piquemal M. Contribution de l'analyse des Bio-DDP en posturologie. Santiago de Chile: Compte d'auteur; 2003.
2. Willem G. Manuel de posturologie. Paris: Frison Roche; 2001.
3. MATLAB, logiciel de Calcul Mathématique, analyse, visualisation, développement et déploiement d'algorithmes : http://www.mathworks.fr/products/tech_computing/.x

Jean-Marc Stéphan

A la recherche de la réalité biophysique du point d'acupuncture

Résumé : Le point ou le méridien d'acupuncture sont-ils des entités biophysiques individualisées ? Où en sommes nous en 2004 ? Moindre résistance électrique, théorie de *ryodoraku,* Bio-différences de potentiel électrique cutané sont les chapitres abordés dans cette revue épistémologique qui essayera de répondre à certaines questions dont voici quelques énoncés. La propriété de moindre résistance est-elle spécifique du point d'acupuncture ? Cette propriété peut-elle être utile dans la recherche de la localisation des points, dans le diagnostic ou la thérapeutique ? Nous constaterons qu'à l'heure actuelle, aucune étude n'a fait la preuve indéniable d'une réelle propriété biophysique du point ou du méridien d'acupuncture. **Mots clés :** points et méridiens d'acupuncture - résistance électrique - théorie de *ryodoraku* - biophysique - revue épistémologique - Bio DDP.

Summary : Are the point or the meridian of acupuncture entities individualized biophysics? Where are we in 2004? Less electric resistance, *ryodoraku* theory, Bio-differences of cutaneous electric potential are the chapters approached in this epistemological review which will try to answer some questions of which here some statements. Is the property of less resistance specific point acupuncture? Can this property be useful in the research of the localization of the points, in the diagnosis or the therapeutic one? We will note that no study get the undeniable proof of real property biophysics from the point or the meridian of acupuncture. **Keywords :** points and meridians of acupuncture - electric resistance - *ryodoraku* theory - biophysical mechanisms - epistemological review - Bio DDP

Depuis les années 1950, de nombreux travaux ont essayé de trouver des possibles différences biophysiques entre les points d'acupuncture, les méridiens et les tissus environnants. Nous allons découvrir les prémices de la recherche expérimentale en acupuncture et en faire une étude épistémologique.

La moindre résistance électrique du point d'acupuncture

De multiples études ont rapporté une moindre résistance électrique du point d'acupuncture :

L'un des premiers scientifiques à explorer cette voie fut Yoshio Nakatani qui, dans les années 1950 au Japon, observa une baisse de la résistance électrique de la peau selon des lignes longitudinales qui reproduisaient en gros le trajet des méridiens. Il appela ces lignes : "ligne de haute conductance électrique" *(ryodoraku)* [1]. Par ailleurs, il découvrit que la résistance électrique de certains points était plus basse *(ryodoten)* que celle des tissus environnants, coïncidant plus ou moins bien avec les points chinois d'acupuncture [2,3,4]. Il en conçut une nouvelle conception des méridiens et une nouvelle méthode de traitement d'acupuncture nommée : le traitement *ryodoraku* [5].

En Occident, Niboyet qui commença à travailler sur le sujet dans les années 1950 [6], en fit son sujet de thèse en 1963 [7]. Hyvarinen et coll. [8] en 1977, objectivèrent que le point d'acupuncture était caractérisé par une moindre résistance et avait un diamètre de 1,5 +/- 0,5mm, avec des bords abrupts. Ils mesuraient une résistance aux environs de 10 kilo-ohms au centre du point, et de 3 méga-ohms sur la peau environnante (figure 1).

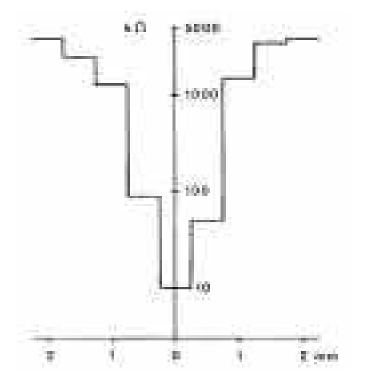


Figure 1. Point de moindre résistance électrique selon Hyvarinen. Echelle des ohms en valeur logarithmique qui permet de mieux visualiser la moindre résistance.

De nombreux auteurs se sont alors demandé si cette caractéristique de moindre résistance pouvait être utilisée à des fins de localisation du point d'acupuncture, mais aussi dans un intérêt à la fois sémiologique, diagnostique et thérapeutique. Mais tout d'abord, existe-t-il une spécificité du point d'acupuncture en ce qui concerne la moindre résistance cutanée ?

Spécificité biophysique de la propriété de la moindre résistance du point d'acupuncture

En d'autres termes, existe-t-il aussi des points de moindre résistance électrique qui ne sont pas des points d'acupuncture ? Il semble que oui et peut-être le meilleur exemple est montré par la théorie de *ryodora - ku* [2] qui objective aussi des points de moindre résistance en dehors des points d'acupuncture. Une étude chinoise a réalisé la mesure de l'impédance d'une série de points le long des méridiens chez les adultes. L'étude portant sur 58 points de 9 méridiens montra que l'impédance des principaux points d'acupuncture était plus basse que les points de contrôle situés en dedans et en dehors. Toutefois ils trouvaient aussi que certains points d'acupuncture n'avaient pas de moindre impédance. En outre, ils déterminaient que l'impédance moyenne globale des points d'acupuncture était inférieure à celle des points de contrôle et que seulement le trajet de quelques méridiens comme le Cœur, l'Estomac et la Vésicule Biliaire avaient une moindre résistance. Enfin, ils observaient des variations individuelles des propriétés électriques des points et des méridiens [9].

Une étude réalisée en 2001 par Martinsen et coll. mettait en doute l'existence même de la systématisation de lignes de moindre résistance reflétant le trajet des méridiens après avoir mesuré chez 20 personnes la résistance cutanée au niveau des méridiens du bras [10]. Ils démontraient même que l'étude de Reichmanis et coll. [16] était entachée d'erreurs de procédure et concluaient comme certains auteurs que les glandes sudoripares entraînaient un flux ionique responsable de micro-courants électriques responsables d'erreurs d'interprétations [11].

En fait, il y a plusieurs études de Reichmanis !

Intérêt de la moindre résistance électrique dans la localisation des points d'acupuncture ?

Ainsi, Reichmanis et coll. en 1976 et en 1978 démontrèrent de manière statistiquement significative que la conductance (qui est l'inverse de la résistance) des points d'acupuncture sur les méridiens du Triple Réchauffeur et des Poumons était plus élevée qu'en dehors des points d'acupuncture, mais que cela nécessitait une confirmation par d'autres travaux de recherche [13,14]. Par une analyse de Laplace qui permet de résoudre les équations différentielles, les mêmes auteurs ont alors montré que la résistance des points d'acupuncture, en particulier au GI4 et GI12, était plus basse que des points contrôles [15,16]. En 1975, Rabischong et coll. remarquaient que le point d'acupuncture était un point de moindre résistance électrique en relation avec un amincissement de épaisseur de l'épiderme, une modification des fibres de collagène du derme associées à un paquet vasculo-nerveux entouré par un réseau de fibres amyéliniques de type cholinergique et de fibres myéliniques entrelacées [17].

Jakoubek et coll. [18] objectivaient eux aussi une augmentation de la conductance chez le rat et chez l'homme en 1982, de même quelques années plus tard en 1995, Comunetti et coll. [19]. Une étude en 1998 sur six rats, réalisée par Chiou et coll. permit de déterminer expérimentalement la résistance cutanée de tous les points d'acupuncture sur le Vaisseau Gouverneur et le Vaisseau Conception. Elle fut mesurée à 179,4 ± 41,2 kilo-ohms et 152,5 ± 32,2 kilo-ohms, respectivement. La résistance des points sur le Vaisseau Gouverneur était trouvée en général plus basse que celle des points du Vaisseau Conception alors que sur les points hors méridiens, la résistance était beaucoup plus élevée et mesurée à 420 kilo-ohms [20].

De nombreux industriels à la suite des travaux chinois et japonais virent l'intérêt de cette propriété biophysique et des appareils détecteurs de l'impédance cutanée furent rapidement mis sur le marché en vue de localisation des points d'acupuncture. Ainsi, une étude permit de démontrer que l'appareil JS P1 était capable de localiser les points d'acupuncture usuels chez 20 hommes, 15 rats et 10 lapins. Les résultats montrèrent que l'impédance cutanée de la plupart des points d'acupuncture était inférieure à celle des zones environnantes [21]. Yamamoto et coll. mirent au point une électrode à multiples roulettes pour mesurer la résistance de la peau tout en évitant les facteurs perturbateurs telles que la perspiration, la pression etc. [22] (figure 2).

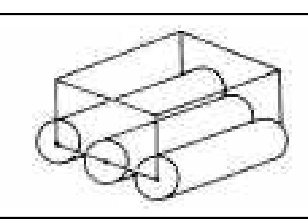


Figure 2. Électrode à 3 roulettes pour la mesure de la résistance cutanée selon Yamamoto.

A la suite des Chinois et des Japonais, une équipe australienne mettant à profit les propriétés biophysiques de moindre résistance conçurent même une sonde capable de mesurer et puis de mémoriser la résistance de la peau des différents points d'acupuncture en vue d'une cartographie [23].

Intérêt diagnostique, sémiologique et thérapeutique de la moindre résistance électrique ?

La modification de la résistance cutanée des points d'acupuncture a souvent été analysée par les auteurs comme un moyen de diagnostic des maladies. Ainsi Bromm et coll. en 1980 démontraient qu'en cas de douleur, la résistance électrique de certains points d'acupuncture était diminuée [24], comme cela avait aussi été objectivé par Snyder-Mackler et coll. en 1989. Ceux-ci avaient de surcroît démontré que la résistance électrique de la peau était augmentée par l'irradiation laser hélium-néon, en même temps que la douleur diminuait [25].

A partir de recherches intégrant relations neuropathies diabétiques et activité électrodermique, ces découvertes sur la moindre résistance cutanée furent interprétées comme le résultat d'une accentuation de l'action locale du système sympathique, associée à une activité des glandes sudoripares entraînant une conductance électrique [26,27,28]. En 1975, une étude [29] avait déjà montré que les aires cutanées de basse résistance pouvaient correspondre à une hyperactivité du système nerveux sympathique. Une expérimentation allait dans ce sens, car une sympathectomie ou un blocage atropinique au niveau du creux axillaire abolit partiellement la réponse électrique cutanée à une stimulation au niveau du nerf médian de la main [30].

Chez le lapin, Matsumoto et coll. montrèrent que la résistance cutanée changeait lors d'une vagotomie et que l'électrostimulation de ces points augmentait le péristaltisme gastrique [31].

Des mesures au niveau des points et méridiens du MC, TR, PO et CO chez 500 malades et 100 sujets normaux avaient permis d'objectiver dans cette étude chinoise que la résistivité était plus basse chez les sujets malades que chez les sujets sains [32].

Chez 169 patients atteints de cancer comparés à un groupe de contrôle, l'étude de la résistivité montra une différence significative entre les deux groupes : la méthode de détection *ryodoraku* utilisant la recherche des points REPP (Reactive Electro Permeable Point) permettrait un diagnostic, mais également un pronostic [33] et permettrait aussi de voir une différence de résistivité entre côté droit et gauche chez les patients cancéreux [34].

Certains auteurs ont aussi mesuré la conductance des points d'acupuncture à visée diagnostique dans le cancer du poumon, dans les abdomens aigus et utilisé ces points de moindre résistance à visée thérapeutique [35,36].

La recherche de la résistance cutanée s'applique aussi à l'acupuncture auriculaire. De très nombreuses études se sont intéressées au diagnostic suivi d'une action thérapeutique des points d'auriculothérapie. Ainsi certains auteurs ont travaillé sur les relations entre résistivité des points auriculaires et les modifications viscérales pathologiques [37], sur la résistivité des points auriculaires chez le lapin au cours de la péritonite et de la péricardite expérimentale [38], sur la résistivité des points *shenmen, jiaogan* (Sympathique), et *pizhizia* (Subcortex) dans la pathologie coronarienne. A été objectivée ainsi une diminution de cette résistance après infarctus du myocarde en comparaison du groupe de contrôle, le tout en relation entre atteinte du ventricule gauche et diminution de la résistivité sur la zone de projection cardiaque [39].

Une équipe japonaise a démontré aussi en 1993 que les points cœur I *(shin)* et cœur II *(shinzo)* présentaient une diminution de la résistance électrique statistiquement significative sur le pavillon de l'oreille chez les patients atteints de maladies coronariennes après infarctus du myocarde aigu ou angine de poitrine.

Cette équipe a utilisé la recherche des REPP de la méthode de détection *Ryodoraku* [40]. Plus récemment, la détection du point auriculaire “clavicule” qui présentait une baisse de la résistance cutanée a permis chez 25 patients de confirmer dans 64 % des cas la zone d’intervention chirurgicale orthopédique programmée [41].

Un diagnostic d’acupuncture auriculaire a été testé aussi comme méthode d’examen chez 295 chiens mâles et femelles, d’âges et de races différents, qui souffraient d’états et de processus pathologiques dans les organes des cavités thoraciques, abdominales et du bassin, ainsi que de la peau et de la conjonctive. Des localisations des différentes pathologies pouvant être obtenues sur la base de modifications électriques et des réactions douloureuses à la surface des conduits auditifs externes du chien. Les résultats correspondaient avec ceux attendus par un diagnostic auriculaire en médecine humaine [42].

En 1994, Cho et coll. se sont intéressés alors, indépendamment des facteurs externes, en particulier la douleur, à la résistance basale électrique de la peau (Basal Skin Resistance BSR) de chaque point d’acupuncture, de façon à en déterminer les variations lors d’une douleur. Malheureusement, aucune des mesures n’était statistiquement fiable du fait d’une distribution asymétrique des valeurs de BSR. Ils en concluaient que l’utilisation de la résistance électrique de la peau à visée diagnostique des points d’acupuncture en cas de douleur n’était pas utilisable [43].

En effet, de très nombreuses études ont objectivé que beaucoup de facteurs internes et externes (abrasion de la peau, sueurs, pression, stress, etc..) peuvent affecter la résistance cutanée et que de ce fait, il n’était pas souhaitable d’utiliser la propriété de moindre résistance cutanée pour déterminer la localisation des points d’acupuncture à visée diagnostique [19,44,45,46,47,48]. De plus, les populations étudiées étaient souvent insuffisantes pour prouver et confirmer ces découvertes.

Ce qu’il faut retenir : dans l’état actuel des études expérimentales, il semble difficile d’affirmer l’existence spécifique d’une moindre résistance électrique cutanée au niveau des seuls points d’acupuncture. Du fait des nombreux facteurs perturbateurs, une recherche des points par détecteur, ou encore pour déterminer une éventuelle souffrance d’un méridien ou d’un point d’acupuncture en rapport avec une douleur ou une maladie reste encore du domaine de la recherche.

Les Bio-différences de potentiel cutané électrique

Une voie de recherche s’intéresse aux Bio-différences de potentiel cutané (Bio-DDP) [49]. Ce sont des différences de potentiels électriques présents à la surface de la peau de chaque être vivant. Elles se mesurent d’une manière différentielle entre deux sources, le point d’acupuncture le plus électropositif du corps humain, le *yintang* (HM1) qui sert de référence et un point quelconque du corps. Les Bio-DDP reflètent électriquement l’activité physiologique du système nerveux autonome. Piquemal, à la suite des travaux réalisés par Pontigny [50,51], a permis ainsi de mettre en évidence le rôle joué par le système nerveux végétatif et de faire des corrélations entre les points *shu* antiques et les points *shu* de Vessie, confirmant ainsi la notion de réseau énergétique.

Au Japon, une équipe de la faculté de médecine de Tokyo avait mis au point un voltmètre qui mesurait le voltage dû à l’électricité statique et enregistrait les différences de potentiel existant entre les points d’acupuncture et la peau avoisinante. Les Japonais établirent ainsi une carte des points représentant une Bio-DDP en fonction des différentes maladies. Selon eux, ces mesures de la Bio-DDP seraient une méthode plus sensible que la mesure de la résistance cutanée [4].

Lejeune réalisa en 1983 une thèse de médecine portant sur 10 sujets et réalisa l’enregistrement de 6 800 valeurs. L’analyse statistique des résultats établit l’existence d’une répartition particulière des bio-potentiels

électriques cutanés : électro-négativité croissante du tronc vers les extrémités des quatre membres ; potentiels électriques plus négatifs sur la face antérieure des membres supérieurs et sur la face postérieure des membres inférieurs ; points d'acupuncture paraissant moins électronégatifs que leurs alentours ; comparaison avec l'énergétique acupuncturale non entièrement corrélée. En comparant ses résultats avec ceux d'auteurs ayant réalisé le même type d'expérimentation, Lejeune observa enfin une concordance partielle. Mais les rares données de la littérature sur la genèse et la signification de ces Bio-DDP n'ont pu être ni confirmées ni infirmées [52]. En conclusion, les Bio-DDP doivent faire encore l'objet d'investigations complémentaires. La revue "Acupuncture & Moxibustion" publie et publiera d'ailleurs dans ses colonnes les travaux de Marc Piquemal, spécialiste français des Bio-DDP.

Ce qu'il faut retenir : les Bio-différences de potentiel cutané, même si elles n'ont pas une application pratique pour l'acupuncteur praticien, permettraient de confirmer le rôle essentiel de l'activité électrique au niveau de la peau, et en particulier au niveau des points d'acupuncture. Néanmoins, de la même manière que nous avons fait des réserves sur la moindre résistance cutanée, cela demeure une voie de recherche expérimentale qui demande un suivi rigoureux.

En conclusion, les données existantes sont confuses ou contradictoires et ne permettent pas, à l'heure actuelle, de conclure sur une moindre résistance cutanée spécifique du point d'acupuncture ou d'une ligne longitudinale de moindre résistance. La preuve d'une réalité biophysique du point et du méridien est encore à apporter.



Dr Jean-Marc Stéphan
✉ JMstephfF@aol.com

Références :

1. Nakatani Y. [Résistivité électrique cutanée et ryodoraku]. Journal Autonomic Nerve 1956;6:52.
2. Nakatani, Y. General Theory of Ryodoraku, Ryodoraku Research Institute, 1966.
3. Nakatani, Y. Ryodoraku Jiritsu Shinkei Chosei Ho, (The Method of Autonomic Nerves Adjustment), Ryodoraku Research Institute, 1973.
4. Briot A, Wong M. Histoire de l'acupuncture sino-japonaise. Méridiens 1974;25-26:15-55.
5. Takano S. The Contribution of the Extra Vascular Body Liquid to Ryodoraku Meridian and the Nature of Meridians (1). A Theoretical Examination. 2004 [cited 2004 jul 14]:7 screens. Available from: URL: http://members.aol.com/MedRyodoraku/Treatise.html#Takano
6. Niboyet JE. Nouvelles constatations sur les propriétés électriques des points chinois. Bulletin de la Société d'Acupuncture. 1958,30,7-13.
7. Niboyet JE. La moindre résistance à l'électricité de surfaces punctiformes et de trajets cutanés concordants avec les points et méridiens base de l'acupuncture. thèse sciences, Marseille. 1963.
8. Hyvarinen J, Karlsson M. Low-resistance skin points that may coincide with acupuncture loci. Med Biol. 1977;55(2):88-94.
9. Zhang Shiyi et al. [Observation préliminaire sur la mesure de l'impédance le long du trajet méridien chez l'homme]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1983,3(4),28.
10. Martinsen OG, Grimnes S, Morkrid L, Hareide M. Line patterns in the mosaic electrical properties of human skin—a cross-correlation study. IEEE Trans Biomed Eng. 2001;48(6):731-4.
11. Grimnes S. Pathways of ionic flow through human skin in vivo. Acta Derm Venereol. 1984;64(2):93-8.
13. Reichmanis M, Marino AA, Becker RO. D.C. Skin conductance variation at acupuncture loci. Am J Chin Med. 1976;4(1):69-72.
14. Reichmanis M, Becker RO. Physiological effects of stimulation at acupuncture loci: a review. Comp Med East West. 1978;6(1):67-73.
15. Reichmanis M, Marino AA, Becker RO. Laplace plane analysis of transient impedance between acupuncture points Li-4 and Li-12.IEEE Trans Biomed Eng. 1977;24(4):402-5.
16. Reichmanis M, Marino AA, Becker RO. Laplace plane analysis of impedance on the H meridian. Am J Chin Med. 1979;7(2):188-93.
17. Rabischong P, Niboyet JE, Terral C, Senelar R, Casez R. Bases expérimentales de l'analgésie acupuncturale. Nouv Presse Med. 1975;4(28):2021-6.
18. Jakoubek B, Rohlicek V. Changes of electrodermal properties in the "acupuncture points" on men and rats. Physiol Bohemoslov 1982;31(2):143-9.

19. Comunetti A, Laage S, Schiessl N, Kistler A. Characterisation of human skin conductance at acupuncture points. Experientia 1995;51(4):328-31.
20. Chiou SY, Chao CK, Yang YW. Topography of low skin resistance points (LSRP) in rats. Am J Chin Med. 1998;26(1):19-27.
21. Zhang Shiyi et al. [Appareil JS P1 pour la mesure et l'enregistrement de l'impédance cutanée aux points d'acupuncture chez l'homme et l'animal]. Chinese Acupuncture and Moxibustion. 1982,2(1),6.
22. Yamamoto T, Yamamoto Y, Yasuhara K, Yamaguchi Y, Yasumo W, Yoshida A. Measurement of low-resistance points on the skin by dry roller electrodes. IEEE Trans Biomed Eng. 1988;35(3):203-9.
23. Kwok G, Cohen M, Cosic I. Mapping acupuncture points using multi channel device. Australas Phys Eng Sci Med. 1998;21(2):68-72.
24. Bromm B, Treede RD. Withdrawal reflex, skin resistance reaction and pain ratings due to electrical stimuli in man. Pain 1980;9(3):339-54.
25. Snyder-Mackler L, Barry AJ, Perkins AI, Soucek MD. Effects of helium-neon laser irradiation on skin resistance and pain in patients with trigger points in the neck or back.Phys Ther. 1989;69(5):336-41.
26. Ionescu-Tirgoviste C, Pruna S, Mincu I. Peripheral sympathetic neuropathy evaluated by recording the evoked electrodermal response using an impedance reactometer. Diabetes Res Clin Pract. 1990;9(3):201-9.
27. Ionescu-Tirgoviste C, Pruna S. Quantitative noninvasive electrophysiological evaluation of the activity of the cutaneous division of the sympathetic nervous system. Arch Int Physiol Biochim. 1990;98(1):111-9.
28. Macleod AF, Smith SA, Cowell T, Richardson PR, Sonksen PH. Non-cardiac autonomic tests in diabetes: use of the galvanic skin response. Diabet Med. 1991;8 Spec No:S67-70.
29. Riley LH Jr, Richter CP.Uses of the electrical skin resistance method in the study of patients with neck and upper extremity pain.Johns Hopkins Med J. 1975;137(2):69-74.
30. Kirno K, Kunimoto M, Lundin S, Elam M, Wallin BG. Can galvanic skin response be used as a quantitative estimate of sympathetic nerve activity in regional anesthesia? Anesth Analg. 1991;73(2):138-42.
31. Matsumoto T, Hayes MF Jr, DeLaurentis D, Miyata M. Evaluation of acupuncture in management of gastrointestinal atony following vagotomy. Surg Forum. 1972;23(0):401-2.
32. Bao Fengzhi et al. [Relations entre les modifications de résistivité ponctuelle et méridienne et les maladies des organes Zang Fu]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1984,4(3),19.
33. Kobayashi T. [Diagnostic du cancer par la méthode neurométrique (ryodoraku). American Journal of Acupuncture 1984,12(4),305-12.
34. Kobayashi T et al. [Différence entre le côté droit et gauche déterminé par *ryodoraku* chez les patients cancéreux]. American Journal of Acupuncture 1985,13(3),241-6.
35. Sullivan SG et al. [Conductibilité électrique au niveau des points d'acupuncture du Poumon chez des sujets sains et atteints du cancer du poumon]. American Journal of Acupuncture 1985,13(3),261-66.
36. Zhen Kongqi. [Traitement des abdomens aigus par puncture des points de basse résistance]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1984,4(4),54.
37. Weng Tailai et al. [Etude expérimentale sur les relations entre la résistivité des points auriculaires et les modifications viscérales pathologiques]. Second national symposium on acupuncture and moxibustion, Beijing 1984,307.
38. Zhu Yuangen et al. [Observations sur les modifications spécifiques de la résistivité auriculaire chez le lapin avec maladies expérimentales]. Second national symposium on acupuncture and moxibustion, Beijing 1984,308.
39. Yuan su. [Etude des points auriculaires dans l'angine de poitrine après infarctus du myocarde]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1985,5(5),11 .
40. Saku K, Mukaino Y, Ying H, Arakawa K. Characteristics of reactive electropermeable points on the auricles of coronary heart disease patients. Clin Cardiol. 1993;16(5):415-9.
41. Usichenko TI, Lysenyuk VP, Groth MH, Pavlovic D. Detection of ear acupuncture points by measuring the electrical skin resistance in patients before, during and after orthopedic surgery performed under general anesthesia. Acupunct Electrother Res. 2003;28(3-4):167-73.
42. Still J et al. Utilisation diagnostique de l'acupuncture de l'oreille pour les maladies internes et les maladies de peau du chien. Revue d'acupuncture vétérinaire 1985,23-24:67-80.
43. Cho SH, Chun SI. The basal electrical skin resistance of acupuncture points in normal subjects.Yonsei Med J. 1994;35(4):464-74.
44. Halek J, Opavsky J, Kolarova J. Problems of the skin resistance measuring in randomly chosen and so-called active points of the skin. Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med. 1984;107:51-62.
45. Halek J. A method of local skin perfusion detection.J Med Syst. 2000;24(4):257-64.
46. Noordergraaf A, Silage D. Electroacupuncture. IEEE Trans Biomed Eng. 1973;20(5):364-6.
47. McCarroll GD, Rowley BA. An investigation of the existence of electrically located acupuncture points. IEEE Trans Biomed Eng. 1979;26(3):177-81.
48. Ionescu-Tirgoviste C, Pruna S. The pattern of the electrodermal activity as indicator of stress related reaction.Rom J Physiol.1993;30(3-4):207-18.
49. Piquemal M. Points *shu* de Vessie et système nerveux autonome. Acupuncture & Moxibustion 2003;2(4),205-211.
50. Pontigny J. Les Bio-différences de potentiels électriques cutanée et leurs rapports avec l'acupuncture. Méridiens 1978 ;41-42:97-116.
51. Pontigny J et al. Les Bio-différences de potentiels de surface. Les lois physiques, la médecine traditionnelle extrême orientale et ses dérivés face aux règles de physio-micro-biologie. Méridiens 1992;97:73-84.
52. Lejeune J. Les bio-potentiels électriques spontanés de la peau : leur répartition corporelle, rapport avec l'acupuncture. thèse médecine Caen 1983,1181,271.

Lettres à la rédaction

L'aiguille de feu est à proscrire, particulièrement en cas de diabète

Johan Nguyen



Dans le dernier numéro d'Acupuncture & Moxibustion, Jean-Marc Stephan nous rapporte le cas d'une complication infectieuse sévère, une fasciite nécrosante survenue après acupuncture [1] et publiée dans la littérature internationale [2]. Jean-Marc Stephan, comme les auteurs de l'article, attribuent la complication notamment à un défaut de désinfection cutanée. A la lecture de la publication originale, deux éléments nécessitent discussion :

1- Il est précisé qu'avant puncture les aiguilles étaient chauffées au-dessus d'une bougie. Ceci est interprété par les auteurs comme une technique de stérilisation des aiguilles, technique qui leur semble valide. Il me semble plus probable qu'il s'agisse de la technique de l'aiguille de feu *(huozhen)* qui est décrite dans le *Lingshu* chapitre 7 : *"l'aiguille de feu permet d'enlever les* bi". Dans cette technique, l'aiguille est chauffée à la flamme (photo). Le *Zhenjiu dacheng* précise dans le chapitre "aiguille de feu" : *"on chauffe jusqu'à ce que l'aiguille soit rouge, ainsi c'est efficace. Si le rouge n'est pas obtenu, on ne chassera pas la maladie, au contraire, on fera du tort au patient"* [3]. On retrouve effectivement dans la littérature moderne des essais cliniques sur l'aiguille de feu dans les affections rhumatologiques [4], l'épicondylite [5], l'épaule gelée [6] et même un essai contrôlé randomisé récent montrant la supériorité de l'aiguille de feu par rapport à l'acupuncture courante dans les entorses du genou [7]. Les autres indications classiques sont les anthrax, les verrues et nævus, et l'adénite tuberculeuse. On retrouve également dans la littérature un ensemble d'études cliniques dans ces indications [8-13].

Dans le cas rapporté, la présence, bien identifiable sur les photos, d'un ensemble de cicatrices de puncture sur les deux genoux et pas seulement celui sur lequel a été observé l'infection, traduit bien l'utilisation d'aiguilles de feu. Cette technique est connue pour laisser des petites cicatrices aux points de puncture et le *Zhenjiu dacheng* précise : *"on peut employer l'aiguille de feu sur toutes les parties du corps, mais il faut être très prudent et l'éviter sur le visage"* [3].

Dans les suites de l'application des aiguilles de feu, il est tout à fait fréquent d'observer rougeur, tuméfaction ou démangeaisons aux points de puncture, nécessitant des soins appropriés [3]. Les multiples fistules purulentes rapportées dans l'observation témoignent là aussi de l'utilisation de la technique de l'aiguille de feu.

2- Les auteurs rapportent que la peau de la patiente était simplement nettoyée avec un linge humide, sans désinfection. Pourquoi passer sur la peau un simple linge humide et non un désinfectant ? Je pense qu'il s'agit là d'une extrapolation : les auteurs ayant interprété le passage des aiguilles à la flamme comme une stérilisation adéquate de matériel médical, la cause devait être alors une désinfection cutanée inadéquate.

En fait le problème posé n'est pas un problème de désinfection cutanée : il est dans l'utilisation inadaptée chez une patiente diabétique de la technique de l'aiguille de feu. On sort ici des conditions courantes de pratique de l'acupuncture pour lesquelles j'estime la désinfection cutanée comme un rituel inutile [14].

Au-delà des patients diabétiques, l'utilisation des aiguilles de feu me semble à proscrire compte tenu de l'absence d'information claire sur ses éventuels avantages par rapport à ses inconvénients évidents.



Dr Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 🖷 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références :

1. Stephan JM. Fasciite nécrosante chez un diabétique après acupuncture. Acup & Mox 2004;3(3):219-21.

2. Saw A, Kwan MK, Sengupta S. Necrotising fasciitis: a life-threatening complication of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. Singapore Med J 2004;45(4):180-2.
3. Auteroche B et al. Pratique des aiguilles et de la moxibustion. Paris: Maloine; 1989.
4. Zhu Heng et al. [A survey of clinical application of fire needle]. Journal of Clinical Acupuncture and moxibustion 2000;16(1):45.
5. Zhen L. [Treatment of internal and external humeral epicondylitis in 60 cases with fire needle therapy]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1995;15(5):11.
6. Li Qingyu et al. [frozen shoulder treated by needle combined with fire needle]. Acupuncture Research 1998;23(4):310.
7. Zhang Fu-Hui et al. [Comparison of therapeutic effects of fire-needle therapy and filiform-needle therapy for injury of knee joint collateral ligament]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 2004;24(6):393-4.
8. Zhu Yingchao et al. [the report on treatment of 280 cases of cervical tuberculous lymphadenitis by fire needle with medicinal fuse]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1987;7(2):13.
9. Zuo Ziping. [Observation on the therapeutic effect of drainage with electric fire needle for 60 surgical cases]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1992;12(3):9.
10. Han Weiting. 50 cases of spider naevus treated by fire needle. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1990;3(1):71-2.
11. Zhu Yingchao et al. 280 cases of cervical lymphoid tuberculosis treated by fire needle with medicinal twist. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1990;3(1):73-6.
12. Ma Zhichao et al. Verruca vulgaris and nevus treated by fire needle (Abstract).Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1991;4(2):119.
13. Wang Ju And Wang Hongquan. Improvement in treating scrofula by fire needle therapy. International Journal of Clinical Acupuncture 2002;13(1):17.
14. Nguyen J. La désinfection cutanée avant puncture : un rituel inutile. Acup & Mox 2004;3(1):51-53.

Un mot qui fait peur : "accréditation"

Pierre Dinouart-Jatteau

Au fur et à mesure que j'assiste aux réunions de la FAFORMEC, puis du CFA, j'entends des arguments qui cherchent à défendre une certaine Acupuncture ou une certaine façon de l'exercer pour prouver que cette Acupuncture est valable et sans faille.

Le mot **évaluation** suscite chez certains une sorte de malaise surtout axé sur le fait que l'Acupuncture existe depuis tellement longtemps que celle-ci a déjà fait ses preuves sans aucun doute.

Comme je suis quelqu'un d'obstiné j'ai, surtout depuis le dernier et excellent article du Docteur Dominique Fouet-Loussert [1] concernant ce sujet, consulté le *Grand Robert* en 9 volumes et voilà ce que j'y ai trouvé :

"ACCRÉDITER : v. tr. 1553 ; esp. acreditar, même sens, de credito "crédit", du lat. creditum.Æ Crédit.

◆ 1. Accréditer quelqu'un. a Vx. Mettre en crédit (qqn)

b Mod. Admin. Donner l'autorité nécessaire pour agir (en telle qualité). […] Par ext. Recommander (qqn) pour le faire accepter. […] • **Accréditation**

◆ 2. (1671). Accréditer (qqch.) : rendre croyable, plausible, vraisemblable (qqch.) • Autoriser, propager. […] Donner de l'autorité à…"

La définition du *Petit Robert* méritait d'être complétée. Voilà qui est fait et qui n'enlève rien à la pratique humaniste que j'ai moi aussi appliquée pendant quarante années. Il existe des autorités supérieures aux exigences desquelles il faut accepter de répondre.



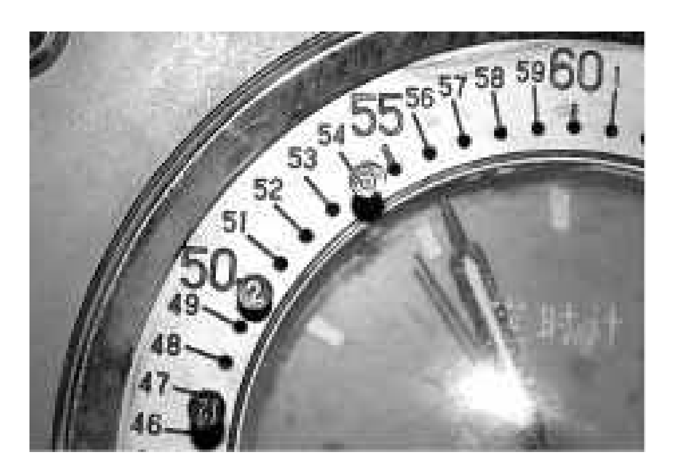
Dr Pierre Dinouart-Jatteau
32, cours G.-Clémenceau, 33000 Bordeaux
☎ / 🖷 05.56.44.50.40
✉ pierre.dinouart@9online.fr

Références :

1. Fouet-Loussert D. Accréditation et Évaluation. Acupuncture & Moxibustion 2004; 3(4):200-4.

Sur le temps de pose des aiguilles

Johan Nguyen



Dans le dernier numéro d'Acupuncture Traditionnelle Chinoise, Lin Shi Shan traduit un intéressant texte de Chen Yi Guo, de l'Institut de MTC du Liaoning sur le problème du temps de pose des aiguilles, donc de la durée de séance d'acupuncture [1]. L'auteur remet en cause les temps de pose couramment utilisés en Chine de nos jours : 15 à 20 minutes. Son argumentation est essentiellement liée à trois éléments :

- Le temps de pose de chaque point est mentionné dans le *Jiayijing* pour chaque point. Il est exprimé comme occasionnellement dans le *Neijing* en nombre de respiration. La durée moyenne qui est indiquée est de 6-7 respirations avec au maximum 20 respirations pour le 30VB *(huantiao).* Ce temps de pose apparaît donc beaucoup plus court que les pratiques actuelles.
- Des études cliniques suggèrent que l'augmentation du temps de pose n'entraîne pas d'augmentation de l'effet, voire que la puncture immédiate avec retrait de l'aiguille après obtention du *deqi* donne des résultats supérieurs à une rétention de l'aiguille.
- Le but de la puncture est l'obtention du *deqi.* Une fois le *deqi* obtenu, la rétention de l'aiguille est inutile, voire nuisible comme le suggère le *Lingshu* : *"Lors de l'arrivée du* qi *après puncture, il faut retirer l'aiguille et ne plus puncturer... Si l'aiguille n'est pas retirée après qu'elle a touché le point crucial de la maladie, le* jing *risque d'être dispersé, la dispersion du* jing *aggrave la maladie et affaiblit le corps".*

L'auteur propose donc un temps de pose court, basé sur l'obtention du *deqi* et surtout sur l'apparition d'un érythème autour de l'aiguille, objectivant l'afflux de *qi* et de *xue.* Incidemment, il condamne l'usage du minuteur qui amène le praticien à se désintéresser du patient !

Les réflexions de Chen Yi Guo m'amènent à quelques commentaires :

1- Comment et pourquoi est-on passé de quelques respirations dans les temps antiques aux durées longues actuelles ? Le texte du *Jiayijing* est-il correctement interprété en durée de séance ? Quelle a été l'évolution historique réelle de ce problème ? Plus anciennes seraient les sources, plus fiables seraient les données ?

2- L'obtention du *deqi* peut effectivement constituer un critère, mais l'obtention d'un érythème paraît aléatoire, non systématique et lié à la réactivité cutanée propre à chaque patient.

3- Il existe effectivement quelques données cliniques et expérimentales ne montrant pas de relation entre temps de pose de l'aiguille et efficacité thérapeutique. Mais il existe un ensemble encore bien plus important à mon avis de travaux qui identifient au contraire un temps de pose optimal après l'obtention du *deqi.*

On se trouve en fait devant un problème banal en médecine : un problème de variation de pratique. Ce problème peut être abordé sans dogmatisme à partir d'études cliniques et expérimentales. Il nous appartient donc, notamment dans Acupuncture & Moxibustion, de suivre l'évolution des recherches en ce domaine. Il est fort possible, sinon probable que la durée de séance optimale soit fonction d'un ensemble divers de facteurs : la pathologie, le patient, la technique thérapeutique utilisée.



Dr Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 🖷 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références :

1. Chen Yi Guo. Comment déterminer la meilleure durée de la pose d'aiguilles ? Acupuncture Traditionnelle Chinoise 2004;10:84-90.

L'acupuncture en Italie : passé, présent et avenir

Carlo Maria Giovanardi, Marco Romoli



L'acupuncture et la Médecine Traditionnelle Chinoise arrivent en Italie après la deuxième guerre mondiale, et son application commence à s'étendre à partir des années soixante/soixante-dix pour consolider son expansion dans les années quatre-vingt et prendre racine en tant que pratique médicale dans les années quatre-vingt-dix.

La Fédération Italienne des Sociétés d'Acupuncture (FISA)

En 1987, la Société Italienne d'Acupuncture (SIA), fondée en 1968 et la Société Italienne de Réflexothérapie-Acupuncture-Auriculothérapie (SIRAA), fondée en 1973, qui sont les deux associations médico-scientifiques d'acupuncture les plus anciennes sur le territoire italien, fondent la Fédération Italienne des Sociétés d'Acupuncture (FISA). Le but de cette fusion est de créer un seul organe de référence pouvant dialoguer avec les Institutions gouvernementales (le Ministère de la Santé, l'Institut Supérieur de la Santé, le Ministère de l'Instruction Publique, le Parlement, les Directions Régionales, etc.), représenter une tutelle de type syndical visant à soutenir les médecins acupuncteurs et à coordonner l'activité des différentes associations et écoles d'acupuncture en Italie.

Au fil du temps, la quasi-totalité des associations présentes en Italie est devenue membre de la FISA qui compte actuellement 20 associations, 15 écoles d'acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise, pour un total de 2636 médecins acupuncteurs (données à jour en 2003).

Coordination des écoles d'acupuncture des associations membres de la FISA

En 1995, au sein de la FISA, la Coordination des Ecoles d'Acupuncture des Associations membres de la FISA, est créée afin d'harmoniser et de coordonner l'activité didactique pour la formation de médecins acupuncteurs. C'est dans ce but que le règlement et les programmes suivants ont été établis :

- durée de quatre ans ;
- au moins 360 heures de cours théoriques et pratiques ;
- un programme prévoyant aussi bien le développement des aspects traditionnels que modernes de l'acupuncture ;
- IV[e] année caractérisée par des stages à plusieurs thèmes que l'élève peut suivre auprès d'une des écoles membres de la FISA ;
- des examens annuels d'admission à l'année suivante ;
- soutenance d'une thèse de fin d'études face à deux professeurs de l'école fréquentée, et d'un professeur d'une autre école membre de la FISA, représentant la FISA ;
- obtention, après avoir passé les examens et avoir soutenu une thèse, de l'Attestation Italienne d'Acupuncture reconnue par la FISA ;
- inscription sur le Registre Italien des médecins acupuncteurs de la FISA, qui paraît tous les ans.

Par cette initiative, la FISA a voulu établir des conditions requises minimum de formation afin de former des professionnels capables de pratiquer l'acupuncture dans les limites de sécurité pour eux et pour les patients, et d'intégrer la pratique de l'Acupuncture à la médecine moderne. Des conditions sont également requises aux professeurs et aux professeurs en cours de formation. Les professeurs FISA sont actuellement au nombre de 124, les professeurs en cours de formation sont 30 et on compte 1153 médecins ayant obtenu l'Attestation Italienne d'Acupuncture (données à jour en 2003).

Organe de Coordination de la Recherche en Acupuncture

En 1998, un Organe de Coordination de la Recherche en Acupuncture est créé, d'une part, pour contrôler la

validité scientifique des travaux de recherche en acupuncture et d'autre part, pour promouvoir la recherche scientifique. Impliquant plusieurs centres italiens, une étude randomisée de phase IV sur la pratique de l'acupuncture comparée à l'administration de Veralipride dans le contrôle des symptômes du syndrome climatérique est actuellement en cours, à laquelle participent la FISA et des structures universitaires, hospitalières ainsi que des associations privées.

Recensement des cabinets de consultation publics d'acupuncture

En 2000, la FISA publie le premier recensement des cabinets d'acupuncture présents dans les structures médicales publiques. En Italie, entre fin 1999 et début 2000, date à laquelle le relevé a été effectué, les cabinets d'acupuncture ouverts dans les structures publiques ou privées conventionnées avec le Service Sanitaire Italien était au nombre de 122 et employaient 261 médecins. Depuis lors, la situation a changé ; à la suite d'un décret national, l'introduction des Nea (niveaux essentiels d'assistance) qui permet d'accéder gratuitement à certains traitements seulement (en ce qui concerne l'acupuncture, dans un but anesthésiologiste seulement), a fait fermer quelques-uns de ces cabinets. Par contre, de nombreuses régions ont gardé, voire dans certains cas agrandi, les services d'acupuncture en les finançant avec des fonds accordés par la Région.

Publication du livre FISA "Agopuntura - Evidenze cliniche e sperimentali. Aspetti legislativi e diffusione in Italia"

(Acupuncture - Evidences cliniques et expérimentales, aspects législatifs et diffusion en Italie)

En 2000, la FISA publie un livre blanc sur l'acupuncture en Italie, dans le but d'informer les Institutions publiques. Plus de 4 000 exemplaires sont envoyés aux membres de la commission parlementaire, aux doyens de facultés de médecine, aux directeurs d'instituts de recherche, aux présidents de région, etc..

Attestation Italienne d'Acupuncture Auriculaire

En 2002, la FISA a approuvé la constitution du cours d'Acupuncture Auriculaire d'une durée de deux ans.

Admission dans la Fédération Italienne des Sociétés Médico-Scientifiques

A partir de 2002, la FISA fait partie de la Fédération Italienne des Sociétés Médico-Scientifiques dont 150 associations et sociétés médico-scientifiques italiennes sont membres.

Enseignement universitaire

Après des années durant lesquelles elles ont tour à tour boudé et contrecarré l'acupuncture, ces derniers temps, nombre d'Universités italiennes (Milan, Rome, Brescia, Pavie, Palerme, Bologne) ont organisé différents types de cours allant de petits cours d'introduction d'une durée de quelques heures à des cours d'un ou de deux ans. Le corps enseignant est issu d'écoles privées.

Législation Italienne

Bien qu'il n'existe pas de loi définissant le profil du médecin acupuncteur, depuis 1982 par un arrêt de la cour de cassation (n° 154696), l'acupuncture fait partie des actes que seul un médecin peut pratiquer. C'est depuis 1986 que des lois de réglementation des différentes médecines non conventionnelles sont proposées sans toutefois parvenir à la conclusion de leur cheminement. Un débat est actuellement ouvert au parlement sur la proposition d'une loi à la formulation de laquelle la FISA a largement contribué. L'un des aspects les plus significatifs de cette proposition de loi est le fait de reconnaître des Instituts Privés qui ces dernières années ont diffusé et enseigné l'acupuncture. Les titres délivrés par les Instituts Privés reconnus seront équivalents à ceux qui sont délivrés par les Universités.

Quelques réflexions pour conclure

Ces 15 dernières années, la situation de l'acupuncture italienne a radicalement changé, passant d'un climat conflictuel et de désunion, à une certaine harmonie, voire une véritable collaboration. C'est une situation à laquelle il n'a pas été facile d'arriver car toutes les associations et les sociétés d'acupuncture ont dû faire "un pas en avant" et adopter les mêmes couleurs dans un but commun. Le résultat, au moins jusqu'à présent, a été extraordinaire. La FISA représente à ce jour 95 % de l'acupuncture présente en Italie. Elle est en outre parvenue à devenir l'interlocutrice à laquelle s'adressent les institutions gouvernementales italiennes lors de discussions.

Les objectifs de travail sont innombrables. Tout d'abord, créer des collaborations à échelle européenne menant à des fins communes. La situation européenne de l'acupuncture manque cruellement d'homogénéité, aussi bien en ce qui concerne la formation que les stages en cabinets (voir les diversités législatives d'un pays à un autre). Nous devons de plus en plus penser en termes d'Europe et trouver une solution qui respecte les différentes situations.

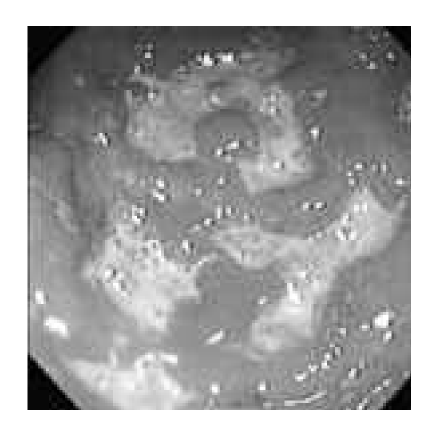
Le développement d'une bonne recherche en acupuncture s'impose également. Il faut effectuer une recherche de bonne qualité en adoptant les critères méthodologiques de la recherche moderne, tout en respectant les paradigmes qui sont à la base de la Médecine Traditionnelle Chinoise.



Dr Carlo Maria Giovanardi
Via Poggio Maggiore 11,
40060 Pianoro (Bologne) - Italie.
☎ 0039 051 775313
✉ giovanardicarlo@libero.it



Dr Marco Romoli, via Giolica Di Sopra 21,
52100 Prato - Italie
☎ 0039 0547 574129 ✉ markro@tin.it



Evaluation de l'acupuncture

L'acupuncture est efficace dans la maladie de Crohn en phase active

Marc Poterre

Joos S, Brinkhaus B, Maluche C, Maupai N, Konnen R, Kraehmer N et al. **Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Active Crohn's Disease : A Randomized Controlled Study.** Digestion 2004 ; 69 ; 131-139.

Résumé :

Objectif :
Evaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la maladie de Crohn d'activité légère à modérée.

Plan expérimental :
Etude randomisée monocentrique en simple insu comparant acupuncture à une acupuncture factice sur une durée de quatre semaines.

Cadre de l'étude :
Département de Gastro-entérologie, Université d'Erlangen-Nuremberg (Allemagne).

Patients :
51 patients souffrant de maladie de Crohn d'activité légère à modérée (définie par un index d'activité CDAI entre 150 et 350 à l'entrée).
Critères d'inclusion :
150 < CDAI < 350 ; ancienneté de la maladie de 1 à 20 ans ; absence de traitement pharmacologique en cours ou bien sous aminosalicylates ou bien sous prednisolone à une dose inférieure à 15 mg/j et constante depuis au moins quatre semaines.
Critères d'exclusion : usage d'immunosuppresseurs autres que ceux mentionnés ci-dessus dans les trois mois précédent l'inclusion.

Interventions :
Randomisation en deux groupes :
1- *Groupe acupuncture :* 10 séances de 30 minutes sur 4 semaines. Traitement adapté en fonction du diagnostic de la MTC (5 syndromes [voir encadré]). Tous les patients sont considérés comme syndrome Vide de *qi* de Rate, soit isolé soit associé à une Stagnation du *qi* du Foie, à un Vide de *yang* des Reins ou à un syndrome Humidité-Chaleur (voir figure 1). Les patients étaient ré-évalués après 5 séances, et en cas de modification des symptômes, de la langue ou du pouls, le traitement était ajusté.
2- *Groupe acupuncture factice :* puncture de non-points d'acupuncture, aiguilles insérées superficiellement et absence de manipulation. 9 zones de puncture pré-identifiées. 7 points puncturés dans les 5 premières séances et 2 points modifiés après (par symétrie avec la réévaluation dans le groupe acupuncture).
Traitements associés autorisés : les patients devaient continuer leur traitement pharmacologique à la même dose. Toute augmentation de la dose de prednisolone entraînait la sortie d'essai.

Principaux critères de jugement :
Critère principal : modification de l'index d'activité (CDAI, tableau I) à 4 semaines par rapport à l'entrée. *Critères secondaires :* 1) pourcentage de rémissions (CDAI inférieur à 150) ; 2) amélioration de la Qualité de Vie (échelle IBDQ : "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire") ; 3) amélioration de la sensation de bien-être mesurée par échelle analogique visuelle ; 4) réduction des concentrations de marqueurs sériques CRP et alpha 1 glycoprotéine ; 5) nouvelle évaluation après une phase de suivi de 12 semaines (sans traitement acupunctural supplémentaire et avec

modification possible des doses des traitements associés).

Résultats à 4 semaines :

Critère principal : réduction de 87 points du CDAI par rapport à l'entrée dans le groupe acupuncture contre 39 points dans le groupe contrôle, statistiquement significatif (p = 0,003). *Critères secondaires :* 1) pas de différence significative sur le nombre de rémissions obtenues (11 dans le groupe acupuncture vs. 8) ; 2) la Qualité de Vie était améliorée dans les deux groupes et de façon supérieure dans le groupe acupuncture sans atteindre la significativité statistique (p = 0,064) ; 3) l'amélioration de la sensation de bien-être était statistiquement supérieure dans le groupe traité par acupuncture (p < 0,045) ; 4) pas de différences entre les deux groupes pour les marqueurs.

Conclusion :

L'acupuncture traditionnelle apporte un bénéfice thérapeutique additionnel aux malades souffrant de maladie de Crohn d'activité légère à modérée.

Commentaires :

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autre étude randomisée en aveugle concernant l'acupuncture dans la maladie de Crohn (MC).

Nous disposons ici d'un essai bien mené méthodologiquement : le critère de jugement principal est le critère de référence des essais thérapeutiques dans la MC, la population est bien définie [1] et les modalités thérapeutiques sont bien encadrées. L'essai disposait d'une puissance suffisante et l'analyse statistique est particulièrement bien soignée. Le protocole d'acupuncture utilisé est bien décrit et la démarche diagnostique en MTC semble appropriée (association variable selon les malades de Vide de *qi* de la Rate, Vide de *qi* du Rein, Stagnation de *qi* et Humidité-Chaleur, figure 1). Concernant le Vide de *qi* du Rein, il est intéressant de se rappeler ici que les malades souffrant de MC ont un risque de morbidité osseuse augmenté, avec notamment une augmentation de 40 % de l'incidence des fractures [2].

En dépit d'un effet placebo marqué (ce qui est courant dans les pathologies à évolution cyclique comme celle-ci) la différence obtenue sur le critère principal à quatre semaines est hautement significative par rapport à l'acupuncture factice et cliniquement significative (on considère qu'une différence de l'ordre de 50 points sur ce critère est cliniquement significative [3]. Les critères secondaires, bien que n'atteignant pas tous la significativité statistique, vont tous dans le même sens. Enfin il ne faut pas trop s'attacher aux marqueurs biologiques, car leur interprétation fait encore l'objet de controverse [1]. On peut donc conclure à l'intérêt de l'acupuncture utilisée en addition aux médicaments classiques de la maladie de Crohn.

Bien que l'effet thérapeutique soit indéniable, il est dommage que l'essai n'ait pas porté sur une période plus longue : la plupart des essais thérapeutiques porte sur des durées de suivi de 3, 6 voire 12 mois du fait de l'évolution chronique de la maladie de Crohn (70 à 80 % des malades avec une MC active auront une maladie toujours active l'année suivante [2]. Il y a bien dans l'essai une période de suivi à 12 semaines, mais ce n'est pas le critère principal et de plus le manque de détail sur les interventions thérapeutiques effectivement réalisées durant cette période ne permet pas au lecteur de la publication de conclure.

Un autre petit reproche est le manque de discussion sur les phénotypes de la maladie dans la publication. Une description des phénotypes (formes fibrosantes et sténosantes, formes perforatives et fistulisantes, formes inflammatoires) aurait été intéressante non seulement pour voir si l'efficacité de l'acupuncture était variable

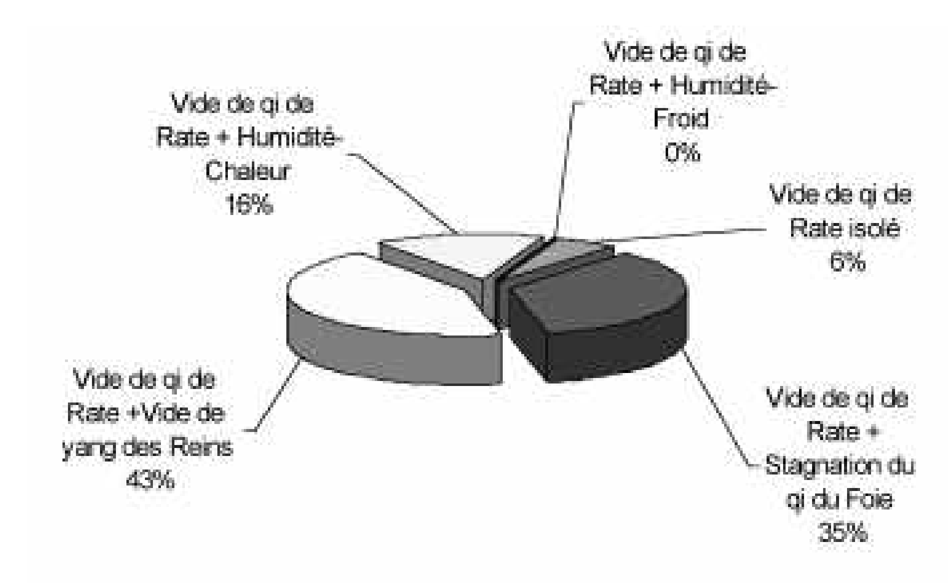


Figure 1. Distribution des syndromes dans les 51 cas de maladie de Crohn inclus dans l'étude. Tous les patients sont considérés comme Vide de *qi* de Rate.

Tableau I. Crohn's Disease Activity Index (CDAI).

Paramètre	Scores	Résultat
Nombre de selles liquide ou très molles		**total des 7 derniers jours x 2**
Douleurs abdominales	0 = néant 1 = légère 2 = moyennes 3 = intenses	total des 7 derniers jours x 5
Etat général	0 = bon 1 = médiocre 2 = mauvais 3 = très mauvais 4 = insupportable	total des 7 derniers jours x 7
Autres symptômes en rapport avec le Crohn	Arthralgies / arthrite Fièvre > 37,7°C, pendant la semaine précédente Lésions anales (fissures, fistules, abcès) Autres fistules Iritis / uvéite Érythème noueux Pyodermie gangreneuse Stomatite aphteuse	Nbre de cas constatés x 20
Traitement sous lopéramide ou opiacés		si oui + 30
Résistance de la paroi abdominale	0 = néant 2 = possible 5 = avérée	x 10
Hématocrite	homme (47-Hct) femme (42-Hct)	x 6
Poids corporel (PC) en kg / poids standard (PS)		(1 - PC/PS) x 100
		CDAI (Somme des résultats)
	1. CDAI < 150 : MC inactive 2. 150 > CDAI > 300 : poussées minimes ou modérées 3. 300 > CDAI > 450 : poussées plus sévères 4. 450 > CDAI : poussées très sévères	

de l'un à l'autre (l'effectif étant toutefois un peu faible pour une telle analyse), mais surtout pour voir s'il y avait un rapprochement possible entre les formes anatomo-cliniques occidentales et les syndromes MTC diagnostiqués.

Il reste donc à confirmer par de nouveaux essais l'efficacité dans le temps en phase chronique active. Mais l'amplitude d'effet observée dans cette étude pourrait également faire envisager des recherches sur la maîtrise des symptômes en phase aiguë, l'épargne de médicaments (générant un nombre élevé d'effets indésirables) en phase chronique, et enfin pourquoi pas une contribution à la prévention des rechutes lorsque la rémission est obtenue.



D[r] Marc Poterre
18 bis, av. de Bellevue, 78150 - Le Chesnay
☎ 01 39 43 05 96 🖷 06 76 75 14 06
✉ farm.poterre@wanadoo.fr

Références :

1. Biancone L, Tosti C, Fina D, Fantini M, de Nigris F, Geremia A, Pallone F. Review article : Maintenance Treatment of Crohn's Disease. Aliment Pharmacol Ther 2003;17 (Suppl.2):31-37.
2. Lerebours E, Savoye G, Guedon C. Epidémiologie et histoire naturelle des MICI. Gastroenterol Clin Biol 2003;27:1S76-1S80.
3. Brookes MJ, Green JRB. Maintenance of Remission in Crohn's Disease – Current and Emerging Therapeutic Options. Drugs 2004;64(10):1069-1089.

PROTOCOLE

Ce protocole a montré son efficacité versus acupuncture factice dans la maladie de Crohn en phase active

Traitement de base pour tous les patients : Vide de *qi* de la Rate	20V, 12VC, 36E, [25 E en alternance avec 15 E]	Boîte à moxas abdominale (10 x 15 x 20 cm).
Si Vide de *qi* de la Rate isolé	Ajouter : 6VC, 21V, 6Rte. Boîte à moxas abdominale	
Si association à Stagnation du *qi* du Foie	Ajouter : 3F, 18V, 34VB Boîte à moxas si symptômes de Froid associés	
Si association à Vide de *yang* du Rein	Ajouter : 6VC, 23V, 20VG, 4VG. Boîte à moxas abdominale	
Si association à syndrome d'Humidité-Chaleur	Ajouter :11F, 10Rte, 44E.	
Si association à d'autres symptômes	Ajout de points selon cas individuel	

Réévaluation du diagnostic à 5 séances.

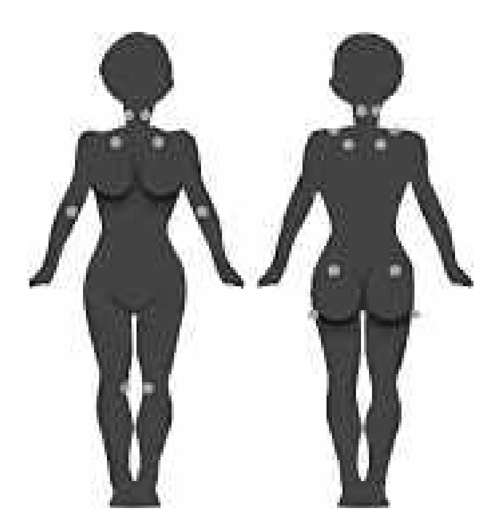
Recherche du *deqi*

Séance de 30 minutes :

- puncture des points du dos en position assise 10 minutes ;
- puis puncture des autres points en décubitus dorsal 20 minutes.

10 séances sur 4 semaines :

- 3 séances par semaine les deux premières semaines
- puis deux séances par semaine les deux semaines suivantes.



Evaluation de l'acupuncture

L'acupuncture paraît plus efficace que l'amitriptyline dans le traitement de la fibromyalgie avec six mois de recul

Jean-Luc Gerlier

Zhang YG. [**Clinical observation on acupuncture treatment of primary fibromyalgia syndrome**]. Chinese Acupuncture & Moxibustion 2001;21(1):19-20.

Résumé :

Objectif :
Comparer l'acupuncture à un traitement médicamenteux antidépresseur dans le traitement de la fibromyalgie.

Plan expérimental :
Essai contrôlé randomisé (ECR) comparant un bras acupuncture à un bras amitriptyline.

Cadre :
Hopital d'Acupuncture & Moxibustion, Collège de Médecine Traditionnelle Chinoise de Anhui (Hefei, Chine).

Patients :
64 patients, 81% de femmes, d'âge moyen 36 ans, la durée de maladie moyenne étant de 2 ans et demi. Le recrutement a été fait sur 4 ans. Les 2 bras sont comparables au départ de l'étude sur les critères importants (âge et durée de la maladie). *Critères d'inclusion :* critères de l'American College of Rheumatology 1990 [voir encadré].

Intervention :
Randomisation en deux groupes :
1- *groupe acupuncture* (n=34) : 10 à 30 séances, une séance par jour (voir détails dans l'encadré).
2- *groupe amitriptyline* (n=30): 25 mg per os par jour 30 min. avant le coucher pendant 30 jours.
Les 2 groupes bénéficient d'un soutien psychologique.

Principaux critères de jugement :
Les mesures sont effectuées à la fin du traitement et 6 mois après. 3 classes de résultats sont rapportées : "disparition ou quasi-disparition des symptômes" (symptômes corporels disparus ou presque, sommeil redevenu normal ou presque, diminution nette de l'angoisse, de la tristesse etc…), "diminution des symptômes" (symptômes corporels améliorés, sommeil amélioré, diminution de l'angoisse, tristesse…), "inefficacité" (pas de changement).

Principaux résultats :
1) A la fin du traitement : le taux d'efficacité total (ensemble des classes disparition et diminution) est de 88,2 % dans le groupe acupuncture versus 83,3 % dans le groupe médicament sans différence significative (p>0,05).
2) 6 mois après la fin du traitement le taux d'efficacité total (établi après visite sans rendez-vous des 55 sujets améliorés des 2 groupes) est respectivement de 67,6 % et 40 % dans les groupes acupuncture et médicament avec une différence significative (p<0,05) en faveur du groupe acupuncture.

Conclusion :
Le traitement à court terme par acupuncture de la fibromyalgie est aussi efficace que l'amitriptyline. A moyen terme l'acupuncture a une efficacité supérieure à celle de l'amitriptyline.

Commentaires :

La qualité méthodologique estimée globalement par le score de Jadad adapté à l'acupuncture [1] (mention de randomisation : 1 point, méthode non décrite : 0 point, aveugle sujet : non 0 point, aveugle évaluateur : non 0 point, perdus de vue : les 2 tableaux montrent une absence de perdus de vue 1 point) est basse (total de 2 sur 5, inférieur à 3) .

Une critique plus fine doit porter sur les critères de jugement [2] qui sont imprécis et ne permettent pas la replication de l'étude : critères non listés, méthodes de mesures non précisées, règles floues de classement des résultats en succès et échecs notamment lorsque l'évolution sur les différents symptômes est dissociée et mène à des résultats apparemment discordants en l'absence de critère de jugement principal…

La basse qualité méthodologique et le défaut touchant les critères de jugement fragilisent les résultats positifs de l'ECR en les rendant moins probants.

De plus la conclusion de l'auteur à court terme n'est pas exacte : l'absence de supériorité à l'issue du traitement n'est pas une équivalence d'efficacité [3]. Il s'agit plus probablement d'une insuffisance de puissance de l'ECR du fait du faible effectif de l'étude (64 sujets).

Ces réserves méthodologiques étant émises les apports de cette étude sont à situer par rapport à celles qui l'ont précédée.

Il s'agit d'un essai pragmatique comparant l'acupuncture à un traitement considéré comme efficace en pra-

Critères diagnostiques de la fibromyalgie de l'ACR (American College of Rheumatology)

Association des deux critères A et B

A- Tableau de douleur diffuse depuis au moins trois mois

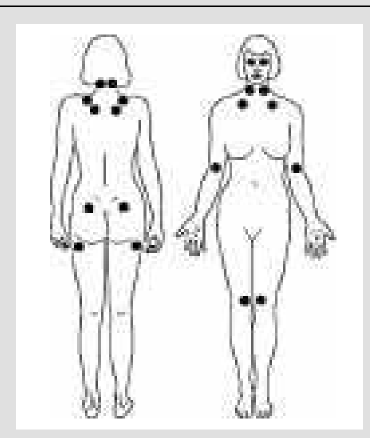
Une douleur est considérée comme diffuse si tous les éléments suivants sont présents :
– douleur du côté gauche du corps
– douleur du côté droit du corps
– douleur au dessus de la taille
– douleur en dessous de la taille

– de plus, une douleur squelettique axiale (colonne cervicale ou paroi antérieure de la colonne dorsale ou lombalgie) doit être présente.

Dans cette définition, une douleur de l'épaule ou de la fesse est à considérer comme telle pour chaque côté atteint. Une lombalgie est une douleur du segment inférieur.

Douleur à la palpation digitale de 11 des 18 points sensibles suivants :

– occiput : bilatéral, à l'insertion des muscles sous occipitaux
– cervical bas : bilatéral, à la partie antérieure des espaces intertransversaux au niveau C5–C7
– trapézien : bilatéral à la partie moyenne du bord supérieur [du muscle]
– sus-épineux : bilatéral, à l'insertion au dessus de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne
– 2e côte : bilatéral, à la seconde jonction chondrocostale, juste à côté de la jonction à la surface supérieure
– épicondylien latéral : bilatéral, à 2 cm au dessous des épicondyles
– fessier : bilatéral, au quadrant supero-externe de la fesse, au pli fessier antérieur
– trochantérien : bilatéral, en arrière de la saillie du grand trochanter
– genou : bilatéral, vers le coussinet graisseux médian, proche de l'interligne



La palpation digitale doit être faite avec une force approximative de 4 kg. Pour qu'un point douloureux soit considéré comme présent, le sujet doit signaler que cette palpation est douloureuse. Sensible n'est pas considéré comme douloureux.

Référence originale : Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology. 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committe. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172.

tique courante. L'observation d'une efficacité à 6 mois apporte un élément de réponse à la question soulevée dans la revue de Berman et al en 1999 [4] sur le manque de données de l'efficacité à long terme de l'acupuncture dans la fibromyalgie.

D'autre part il est intéressant de comparer le protocole d'acupuncture avec celui d'une étude positive et de haute qualité plus ancienne celle de Deluze et al [5] qui est un ECR explicatif comparant l'acupuncture à une acupuncture factice (voir encadré). Les critères de jugement retenus dans les deux études n'étant pas similaires on peut approcher indirectement l'efficacité comparée des 2 protocoles en étudiant les taux d'échec dans les groupes acupuncture (dans la mesure où seule cette donnée est disponible dans les deux articles alors que les classes d'efficacité ne sont pas identiques). Le taux d'échec est de 25 % corrigé à 42 % en intention de traiter (du fait de 22 % de perdus de vue) chez Deluze comparé à un taux de 12 % chez Zhang. Le protocole chinois paraît donc entre 2 et 3,5 fois plus efficace que celui de l'équipe suisse de Deluze en gardant les réserves qui s'imposent du fait de la basse qualité de l'étude de Zhang qui mène à une surestimation d'efficacité.

L'analyse des deux protocoles d'acupuncture permet d'argumenter l'hypothèse d'efficacité supérieure du protocole de Zhang par un choix de points plus adaptés au mécanisme énergétique traditionnel (implication du Foie, de la Rate, du Sang et du méridien curieux *yinwei*), une recherche du deqi et des séances plus fréquentes (3,5 fois) et plus nombreuses (3,3 fois). Ces différents éléments ménent à un protocole d'acupuncture plus puissant que celui de Deluze.

En conclusion la supériorité suggérée de ce protocole chinois d'acupuncture sur l'amitriptyline à long terme est à confirmer par d'autres ECR similaires et de haute qualité.



Jean-Luc Gerlier,
14 avenue de Chambéry - 74000 Annecy.
✉ jlgerlier@free.fr

Traduction de l'article chinois : Wang JJ.

Références :

1. Gerlier JL. L'échelle de Jadad pour approcher la qualité d'un essai contrôlé randomisé. Acupuncture & Moxibustion 2002;1(1-2):66-7.
2. Critères de jugement. Dans: Cucherat M, Lievre M, Leizorovicz A, Boissel JP. Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale. Paris, éditions Flammarion, 2004 : 230-59.
3. Gerlier JL. Une absence de différence entre deux groupes entraîne-t-elle l'égalité entre ces deux groupes ? Acupuncture et Moxibustion 2002;1(3-4):102-3.
4. Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia ? J Fam Pract 1999;48(3):213-8.
5. Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. BMJ 1992;305:1249-52.

PROTOCOLES

Ces deux protocoles ont montré leur efficacité dans le traitement de la fibromyalgie.

	Versus antidépresseur Zhang 2001	**Versus acupuncture factice Deluze 1992 [5]**
Points	VE17, VE18, VE20, RA6, RA10, ES36, MC6 et ashi	GI4, ES36 +3 points selon les symptômes et la douleur
Technique	Recherche du *deqi,* manipulation en mi-tonification, mi-dispersion	Recherche du *deqi* + électro-acupuncture (courant biphasique, de fréquence variable de 1-99hz),
Durée de séance	Séances de 30 min	Non précisé
Nombre de séances	10-30 séances	6 séances
Rythme des séances	1 séance par jour séries de 10 séances espacées de 2 jours	2 séances par semaine
Durée du traitement	10 à 30 jours	21 jours



Evaluation de l'acupuncture

L'acupuncture a une efficacité spécifique dans le traitement de la dépression et de l'anxiété.

Isabelle Warren Faydi

Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klieser E. **Akupunktur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden und Angststörungen.** Fortschr Neurol Psychiat 2000;68:137-44.

Résumé :

Objectif :
Evaluer l'efficacité de l'acupuncture vraie par rapport à l'acupuncture placebo dans la dépression et les troubles anxieux.

Plan expérimental :
Essai contrôlé randomisé (ECR), acupuncture versus acupuncture factice.

Cadre de l'expérience :
Clinique psychiatrique de Gelsenkirchen et clinique psychologique de Düsseldorf (Allemagne).

Patients :
56 patients dont la moyenne d'âge était de 43 ans, avec 24 hommes et 32 femmes. *Inclusion :* patients présentant un épisode dépressif allant de léger à moyennement lourd (n=43) ou présentant un trouble anxieux généralisé (n=13) selon la classification internationale des maladies ICD10. *Exclusion :* patients présentant d'autres pathologies psychiatriques ou organiques sévères ou ayant pris des toxiques ou des médicaments psychotropes, femmes enceintes ou allaitantes, patients ayant des connaissances techniques en acupuncture…
Un arrêt de tout traitement à visée psychiatrique a été demandé 14 jours avant le début de l'étude à l'exception des benzodiazépines qui ont pu être prises de façon contrôlée afin d'éviter le syndrome de manque.

Intervention :
Randomisation en 2 groupes :
1- *groupe acupuncture* (n=28) traité par puncture des points VG20 *(baihui)*, HM6 *(sishencong)*, C7 *(shenmen)*, MC6 *(neiguan)*, VE62 *(shenmai)*.
2- *groupe contrôle* (n=28) traité par acupuncture factice : puncture bilatérale de non-points d'acupuncture à la tête (région temporale, 3 cun au-dessus de l'oreille), et au dos de la main (dans le prolongement du 3e métacarpien).
Les deux groupes sont traités à raison d'une séance quotidienne de 20 minutes lors de deux séries de 5 séances espacées de deux jours (séances de J1 à J5 et de J8 à J12).

Principaux critères de jugement :
Evaluation par un médecin ignorant la nature du traitement suivi par le patient après la 5e séance et à la fin du traitement sur :
1) Echelle CGI : Clinical Global Impression Scale (critère principal), résultats présentés sous forme de moyenne au score CGI et sous forme de nombre de répondeurs aux traitements ;
2) Echelles de Hamilton pour l'anxiété (HAMA) et la dépression (HAMD), échelle de santé de von Zerssen (Bf-S) et grille de fatigue de von Zerssen (B-L) (critères secondaires).

Résultats :
A la fin du traitement, on observe une amélioration significative ($p<0.001$) dans le groupe acupuncture par rapport au groupe acupuncture factice sur le critère principal (CGI). Cette amélioration se produit autant pour les patients dépressifs que pour les patients anxieux.
60,7 % des patients sont répondeurs dans le groupe acu-

puncture contre seulement 21,4 % dans le groupe acupuncture factice.
A l'évaluation à mi-traitement (après la 5e séance), on n'observe par contre pas de différence entre l'acupuncture vraie et l'acupuncture factice.
Les patients souffrant de troubles anxieux réagissent mieux à l'acupuncture (61.5% ; p<0.09) que ceux souffrant de dépression (48.8% ; p<0.02).
Par contre, on ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes sur les échelles d'anxiété et de dépression de Hamilton.

Conclusion :

L'acupuncture entraîne une amélioration clinique chez les patients dépressifs ou avec une anxiété généralisée.

Commentaires

1- Une critique souvent émise au sujet de l'acupuncture est que le succès de cette thérapie est dû à la relation privilégiée entre le médecin et le malade, à l'atmosphère calme et détendue. Cette notion ne peut être démentie mais ne résume pas tout puisque l'acupuncture vraie apparaît avoir dans cette étude une efficacité spécifique en étant supérieure à l'acupuncture factice. Les arrêts de traitement sont deux fois plus important dans le groupe acupuncture factice. Par contre il n'apparaît pas de différence entre les deux groupes quant aux critères secondaires, les échelles d'Hamilton (sur ces échelles, les symptômes sont améliorés dans les deux groupes). Une explication donnée est le manque de puissance de l'étude ajoutée au fait que plus de 20 % des patients sont des répondeurs placebo. D'après Lewith et Machi il faut au moins 122 patients pour espérer avoir une différence significative [2].
2- Les auteurs de l'essai font principalement référence à un autre ECR allemand, celui de Röschke J et al [2]. Cet ECR montre une amélioration significative chez les patients traités par une association acupuncture + antidépresseur (miansiérine, Athymil®) par rapport aux patients traités par antidépresseur seul. Par contre, il n'y a pas de différence avec les patients traités par une association acupuncture factice + antidépresseur. L'acupuncture aurait donc une efficacité dans la dépression, mais une efficacité non spécifique. Une explication proposée est que les points placebo choisis étaient localisés à proximité des points considérés comme efficaces. C'est pourquoi les points factices de l'ECR de Eich rapporté ici sont bien distincts des points considérés comme efficaces.
3- Il faut plus de 5 séances pour espérer une efficacité du traitement par acupuncture. C'est une donnée que l'on retrouve dans la plupart des ECR publiés à ce jour [3].
4- Le protocole utilisé comporte des séances quotidiennes d'acupuncture, comme il est usuel en Chine. Cette pratique peut-elle être utilisée dans l'exercice libéral en France ?
5- La différence d'efficacité entre les deux groupes met en évidence qu'il existe des points spécifiques ayant une action sur le psychisme. Selon la médecine traditionnelle chinoise, chaque homme a ses particularités et doit donc avoir un traitement personnalisé. Il se trouve que dans cette étude, comme dans la plupart des ECR, les mêmes points sont utilisés (sous forme de protocole) pour tous les patients, cela signifierait qu'il peut y avoir une pratique simplifiée de l'acupuncture avec des points pouvant être attribués à des symptômes. Un traitement personnalisé permettrait-il d'espacer les séances ?



Dr Isabelle Warren Faydi,
106, cours Gambetta - 33210 Langon.
✉ warren.faydi@wanadoo.fr

Références :

1. Lewith GT, Machin D. On the evaluation of the clinical effects of acupuncture. Pain 1983;16;111-127.



2. Röschke J, Wolf C, Kögel P, Wagner P, Bech S. Adjuvante Ganzkörper-akupunctur bei depression : eine placebokontrollierte studie unter standardisierter mianerintherapie. Nevernartz 1998;69:961-67.

3. Warren Faydi I. Acupuncture et syndromes anxio dépressifs : analyse critique des essais cliniques randomisés et des méta-analyses. Thèse ; Bordeaux 2004.

PROTOCOLE

Ce protocole a montré son efficacité versus acupuncture factice dans la dépression et le trouble anxieux généralisé

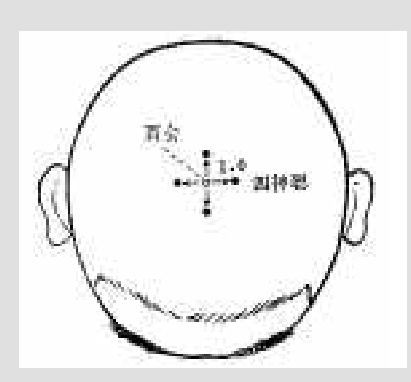
VG20 *(baihui)*, HM6 *(sishencong)*, C7 *(shenmen)*, MC6 *(neiguan)*, VE62 *(shenmai)*.

Puncture bilatérale

Séance de 20 minutes

Une séance par jour

10 séances sur 12 jours.



Les points *sishencong* ("4 dieux" ou "quatre points qui vivifient l'esprit") sont quatre points situés une distance en avant, en arrière, à gauche et à droite du VG20 *(baihui)*. Ces points curieux hors méridiens ont été décrits pour la première fois par Wang Zhizhong dans le *Zhenjiu Zhishengjing* (1220).



Evaluation de l'acupuncture

L'acupuncture réduit la consommation d'analgésique durant l'accouchement

Christian Rempp

Nesheim BI, Kinge R, Berg B, Alfredsson B, Allgot E, Gove G, Johnsen W, Jorsett I, Skei S, et Solberg S. **Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine : a controlled clinical study.** Clinical Journal of Pain 2003;19:187-191.

Résumé :

Objectif :
Evaluer l'efficacité de l'acupuncture en tant qu'analgésique pendant l'accouchement.

Plan expérimental :
Essai contrôlé randomisé (ECR) acupuncture versus absence d'acupuncture.

Cadre de l'expérience :
Department of Obstetrics and Gynecology, Ulleval University Hospital, Oslo, Norvège.

Patientes :
290 parturientes à terme. *Inclusions :* contractions régulières à terme (37-42 semaines). *Exclusions :* travail induit, césarienne programmée, patiente souhaitant une péridurale, existence d'indications médicales à péridurale.

Interventions :
198 patientes sont randomisées (programme informatique) en 2 groupes :
1. *Groupe acupuncture* (n=106) : traitement en fonction du contexte clinique (voir encadré) par une des huit sages-femmes formées à la pratique de l'acupuncture en obstétrique.
2. *Groupe sans acupuncture* (n=92).
Un troisième groupe sert de groupe contrôle (n=92) apparié au groupe sans acupuncture. A chaque patiente du groupe sans acupuncture est appariée une patiente de même parité et remplissant les mêmes critères d'inclusion ; c'est la première patiente remplissant ces conditions à donner naissance après la patiente du groupe sans acupuncture.
Dans les trois groupes, les autres moyens antalgiques utilisés habituellement dans le service sont utilisés en fonction des besoins : papules d'eau stérile dans la région lombaire, auto-administration d'oxyde nitreux, administration de mépéridine ou encore péridurale.

Principaux critères de jugement :
1) Nombre de patientes avec demande et utilisation de mépéridine ;
2) nombre de patientes avec utilisation de moyens analgésiques (quel que soit le type) ;
3) appréciation globale par la patiente.

Résultats :
La mépéridine a été donnée à 11 % des femmes du groupe acupuncture, 37 % des femmes du groupe sans acupuncture ($P < 0.0001$), et 29 % des femmes du groupe de contrôle. L'usage des autres moyens a également été réduit dans le groupe acupuncture. La satisfaction des patientes a été élevée : 89 des 103 patientes demandèrent à pouvoir bénéficier de l'acupuncture lors d'un prochain accouchement.

Conclusion :
L'utilisation de l'acupuncture pendant le travail réduit le recours aux antalgiques et montre un niveau de satisfaction des patientes très élevé.

Commentaires

L'acupuncture est bien connue comme antalgique. Mais son intérêt est grandissant pour l'accouchement. Cette étude est intéressante par sa méthodologie et son contexte.

L'acupuncture était pratiquée par 8 sages-femmes formées à la pratique de l'acupuncture en obstétrique : 3 ont reçu une formation de 108 heures et 5 de 22 heures. Ces mêmes sages-femmes avaient également en charge la conduite de l'accouchement et la responsabilité de la prescription des moyens antalgiques. Cette absence de traitement en aveugle (le prescripteur des antalgiques a connaissance du groupe d'appartenance de la patiente) est bien sûr de nature à constituer un biais important. Pour pallier à ce biais, un troisième groupe de contrôle a été constitué en appariant les patientes du groupe sans acupuncture avec d'autres patientes non randomisées, mais selon une séquence déterminée. Il s'agit d'une méthode de constitution de groupe témoin tout à fait validée.

Les résultats sont quelque peu complexes à étudier dans le détail, compte tenu des combinaisons thérapeutiques qui ont été faites pour respecter les desiderata des patientes et les nécessités de la situation. Malgré cette difficulté, l'étude est probante : la consommation de mépéridine est significativement réduite. Il y a en outre réduction quantitative des autres procédés antalgiques, et régression notable de la durée du travail (coefficient de régression = 0.09, P = 0.003). Quant aux patientes, elles expriment leur grande satisfaction vis-à-vis de l'acupuncture. Tout ceci sans effets secondaires.

La mépéridine (Péthidine®, Dolosal®) est un enképhalinomimétique dérivé de la morphine [1]. Leurs effets principaux et secondaires en sont donc proches. Le Dolosal® a été très utilisé en France

PROTOCOLE

Ce protocole a montré son efficacité versus absence d'acupuncture sur la douleur lors de l'accouchement

Tension, nervosité, asthénie	20VG, 7C, 3F
Rigidité du col	3F, 34VB
Douleur de la symphyse pubienne au début du travail	4VC
Douleur en début du travail	10GI, 11GI
Douleur lombaire en début de travail	23V, 60V
Douleur lombaire en fin de travail	27V, 28V, 32V
Douleur intense durant les contractions	4GI, 6Rte
Nausées	6MC, 7MC
Toute douleur	36E

Recherche du *deqi*

Aiguille de 1 *cun,* calibre 30 sauf :

- 32 V : aiguille de 1.5 *cun,* calibre 30
- 20VG, 60V : aiguille de 0.5 *cun,* calibre 32

Aiguilles laissées en place 10 à 20 minutes, mais dans quelques cas :

- retrait après obtention du *deqi,*
- ou au contraire laissées en place durant tout l'accouchement.

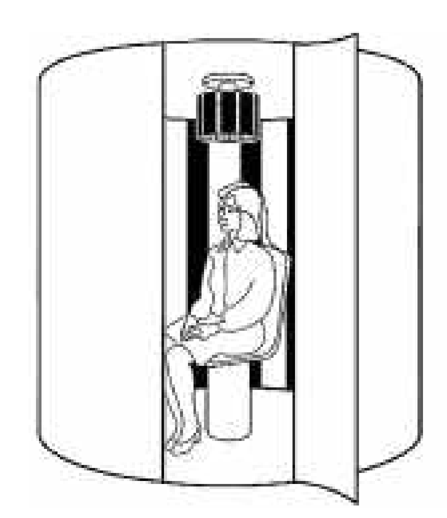
pour les dystocies de démarrage, donc surtout les dystocies des primipares, parfois associé au salbutamol, ou encore à l'Atarax®, et ce en alternative à la péridurale. L'accouchement en est rendu rapide, mais on décrit des effets secondaires sur le nouveau-né, en particulier des difficultés respiratoires [2], des modifications des réflexes de succion qui rendent l'allaitement difficile [3,4]. Depuis 2001, le Dolosal® n'est plus commercialisé du fait des nombreux abus et mésusages. Actuellement la Péthidine® est toujours d'un emploi courant dans de nombreuses maternités. Les effets secondaires de la mépéridine restent donc un problème d'actualité. Par ailleurs, la péridurale n'est pas sans inconvénients, elle aussi, en particulier selon les substances injectées [5,6]. L'acupuncture a donc toute sa place lors de l'accouchement, où aucune des autres méthodes antalgiques n'est sans effets secondaires. Cette étude souligne et démontre cette place de l'acupuncture.



Dr Christian Rempp,
2 Bd du Pdt Edwards - 67000 Strasbourg
☎ 03.88.14.46.46 🖷 03.88.25.11.03
✉ christian-rempp@wanadoo.fr

Références :

1. Allain P. Les médicaments, 3e édition, CdM Editions, sur pharmacorama.com.
2. Committee on Fetus and Newborn Committee on Drugs Section on Anesthesiology Section on Surgery and Fetus ans Newborn Committee. Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonate. Pediatrics 2000;105:454-461 Pediatrics & Child Health 2000;5(1):39-47.
3. Jayr C. Analgésie péridurale : indications, surveillance et avantages, publication sur internet, correspondance : DAAR, Institut Gustave Roussy, 39, rue Camille Desmoulins, 94805 Villejuif France.
4. Riordan J. Epidurals and breastfeeding. B Abst 1999;19(2): 11-12.
5. Needs J. Sucking, swallowing and breathing : the effect of pethidine epidurals, Conference of Austr Lact Cons Ass, Aug 1996. B Rev 1997;May:40.
6. Smith A. Pilot study investigating the effect of pethidine epidurals on breastfeeding, Conference of Austr Lact Cons Ass, Aug 1996. B Rev 1997; May: 40.



Evaluation de l'acupuncture

Les dispositifs de stimulation du 6MC dans les symptômes du mal des transports : l'intensité de stimulation doit être adéquate !

Johan Nguyen

Miller KE, Muth ER. **Efficacy of acupressure and acustimulation bands for the prevention of motion sickness.** Aviat Space Environ Med 2004 Mar;75(3):227-34. Department of Psychology, Clemson University, Clemson, SC 29634-1355, USA

Résumé :

Objectif :
Evaluer l'efficacité de deux dispositifs placés au niveau du 6MC : un dispositif d'acupression (Acuband®) et un dispositif d'électro-stimulation de surface (ReliefBand®) sur les symptômes du mal des transports.

Plan expérimental :
Essai comparatif randomisé (ECR) Acuband® ou ReliefBand® versus dispositif placebo.

Cadre de l'expérience :
Département de Psychologie, Clemson University, Clemson, South Carolina, USA

Patients :
77 volontaires (âge 18-27 ans). *Inclusions :* 300 étudiants remplissent le Motion Sickness History Questionnaire (MSHQ) qui évalue, en fonction de leurs expériences passées, la susceptibilité des personnes au mal des transports. Les 150 étudiants avec le score le plus haut sont invités à participer à l'expérience.

Interventions :
Randomisation (tirage au sort d'une carte) en trois groupes :
1. *Groupe Acuband :* bande élastique avec une bille en plastique qui est placée sur le 6MC. Une bande à chaque poignet (figure 1).
2. *Groupe ReliefBand :* dispositif permettant une électro-stimulation de surface du 6MC à partir de 2 électrodes distantes de 0.3 cm. Courant de 0.35 mA. Il est indiqué que le sujet doit ressentir de légers picotements (figure 2).
3. *Groupe placebo :* patch placebo présenté au sujet comme "Advanced Healing Band-Aid®", patch transdermique supposé diffuser une substance médicamenteuse anti-nauséeuse. Le dispositif est appliqué au dos de la main et nécessite une friction, étant supposé être activé par la chaleur.
Les groupes Acuband et ReliefBand sont divisés par ailleurs en deux sous-groupes : A) un sous-groupe avec une information minimale : le dispositif est remis au sujet avec les seules instructions contenues dans le mode d'emploi des fabricants ; le dispositif est à mettre en place 20 minutes avant le début de l'expérience et B) un sous-groupe avec mise en place du dispositif contrôlé par le personnel médical.
Le sujet est placé dans une cabine circulaire de 2.10 m de diamètre et 2.40 m de haut. La stimulation optocinétique est assurée par un tambour suspendu au plafond et assurant une projection aléatoire de points sur la surface de la pièce avec une rotation de 10 tours par minute durant 20 minutes. Le sujet est assis directement sous le tambour et peut arrêter l'expérience à sa demande.

Principaux critères de jugement :
1) Score maximum au MSAQ (Motion Sickness Assesment

Questionnaire). 16 questions sont posées, le sujet répond à chaque question sur une échelle de 0 à 10 (score maximum de 160), questions et réponses sont faites verbalement. Le questionnaire est répété à la 5e, 10e, 15e et 20e minutes. Le score maximum est retenu.
2) Délai d'apparition du score maximum au MSAQ ou délai jusqu'à l'arrêt de l'expérience.
3) Analyse de l'activité électrique gastrique (électrogastrogramme) : pourcentage de tachygastrie, pourcentage de 3 cycles par minutes (3CPM).

Résultats :

Il n'y a pas de différence entre le groupe Acuband et le groupe placebo sur les trois critères. Dans le groupe ReliefBand, il est seulement mis en évidence une augmentation du temps d'apparition du score maximum. Dans le sous-groupe Acuband avec information minimale, aucun sujet n'a utilisé de façon correcte le bracelet, mais il n'est pas mis en évidence de différence avec le sous-groupe avec mise en place contrôlée du bracelet.

Conclusion :

Les dispositifs testés ne préviennent pas l'apparition des symptômes du mal des transports.

Commentaires

Les résultats de l'étude apparaissent très décevants pour les deux dispositifs testés. Seul ReliefBand® (électro-stimulation de surface) apparaît retarder l'apparition du mal des transports, mais sans avoir une action sur l'intensité des symptômes, alors que Acuband® n'a aucun effet. Ces résultats sont similaires à ceux de deux études anglaises antérieures évaluant le bracelet SeaBand® [1,2]. Mais inversement, ils sont discordants avec trois autres études publiées par une équipe de l'Université de Pennsylvanie [3-5] mettant au contraire en évidence l'efficacité de la stimulation du 6MC dans des conditions expérimentales de mal des transports.

Les auteurs de l'étude présentée ici analysent la différence de résultats en fonction de ces conditions expérimentales : leur expérience dure 20 minutes alors que les essais positifs ne sont effectués que sur des durées inférieures (12 ou 15 minutes), ce qui se traduit une symptomatologie moins intense au score MQSA de l'ordre de 50 %.

En fait la discordance nous semble devoir être rapportée à deux autres paramètres : 1) une intensité de stimulation insuffisante et 2) une localisation approximative du 6MC. Les modalités des différentes études apparaissent dans le tableau I.

1) Les essais négatifs utilisent de façon évidente une stimulation insuffisante du 6MC. Les essais de Bruce DG et al [1], et de Warwick-Evans LA et al [2] ne comportent que la simple mise en place du bracelet Seaband, sans aucune pression complémentaire effectuée sur la bille. Aucune instruction en ce sens ne parait donnée par les fabricants de ce type de bracelet. Dans l'essai rapporté de Miller, aucun des sujets du sous-groupe avec instruction minimale n'a exercé de pression sur la bille. Dans le sous-groupe avec mise en place contrôlée, il est précisé qu'une pression est exercée, mais sans aucune indication ni de l'intensité ni du temps. En ce qui concerne le ReliefBand, l'intensité conseillée est celle permettant l'obtention d'un léger picotement irradiant au majeur. Aucune instruction n'est donnée sur une intensité optimale à atteindre ou sur un ajustement de cette intensité en cours d'expérience.

Les stimulations exercées dans les trois essais négatifs apparaissent ainsi comme très inférieures aux trois essais positifs. Dans le premier essai de Hsu S et al [3] est utilisée l'électro-stimulation de surface au 6MC à partir de l'appareil chinois G6805. L'intensité est adaptée par le sujet lui-même, et il lui est expliqué que plus intense est la stimulation, plus efficace est le traitement. Dans le deuxième essai [4], l'acupression est

Tableau I. Etudes expérimentales sur l'efficacité du 6MC dans le mal des transports.

Essais	Interventions testées	Induction du mal des transports	résultats
Bruce DG 1990	1) Sea Band 2) Sea Band factice 3) Hyocine 4) Médicament placebo	Chaise tournante 1 tour par minute vitesse augmentée d'un tour toutes les minutes (maxi 28 tr/min)	Pas de différence entre le dispositif factice
Warwick-Evans LA 1991	1) Sea Band 2) Sea Band factice	Chaise tournante 8tr/min - 10 minutes	Pas de différence entre le dispositif factice
Hsu 1992	1) Electro-stimulation de surface 2) Absence d'intervention	Tambour optocinétique 60°/sec 15 minutes	Réduction significative des symptômes par rapport à l'absence d'intervention
	1) Electro-stimulation de surface 2) Electro-stimulation factice 3) Contrôle	idem	Réduction significative des symptômes par rapport à EA factice
Hu S 1995	1) Acupression 2) Acupression à non-point 3) Acupression factice 4) Contrôle	Tambour optocinétique 60°/sec 12 minutes	Réduction significative des symptômes par rapport à une acupression à un non-point ou par rapport à une fausse acupression du 6MC
Stern RM 2001	1) Acuband 2) Acuband non-point 3) Contrôle	Tambour optocinétique 10 tr/min 16 minutes	Réduction significative des symptômes par rapport au groupe contrôle, mais pas de différence avec la stimulation d'un non-point.
Miller 2004	1) Acuband 2) ReliefBand 3) Patch placebo	Tambour optocinétique 10 tr/min 20 minutes	Pas de différence avec le dispositif placebo. On observe seulement pour ReliefBand une augmentation du temps d'apparition des symptômes.

exercée par un praticien durant toute l'expérience au rythme d'une pression digitale par seconde. Dans l'essai de Stern RM et al [5], il est explicitement demandé au sujet d'exercer une pression dès l'apparition des symptômes.

2) La localisation du 6MC apparaît très approximative. Le point est indiqué par le fabricant d'Acuband à trois travers de doigts au-dessus du pli du poignet (voir encadré), ce qui est au-delà des deux distances classiques du 6MC. D'autre part, c'est le rebord du bracelet qui est placé à ce niveau, alors que la bille est encore au-delà (figure 1). C'est plus le 5MC qui parait stimulé que le 6MC. Ceci peut expliquer que Stern n'ait pas trouvé de différence entre l'acupression de ce point et celle d'un point du coude [5].

Ceci dit l'essai de Miller publié est intéressant sur deux points :

- L'étude en sous-groupe de la maniabilité des dispositifs montrant les insuffisances du mode d'emploi du bracelet Acuband, aucun sujet ne l'ayant utilisé de façon correcte (sans que les auteurs de l'étude précisent au mieux ce que serait selon eux une utilisation correcte).

- Le dispositif placebo, sous la forme de patch placebo médicamenteux. Même s'il n'y a pas eu de test de crédibilité [6], le dispositif semble très adapté, les patients ayant l'habitude des différents patchs médicamenteux. Peut-être aurait-il été plus cohérent de placer le patch au niveau du 6MC ?



Dr Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 🖷 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références :

1. Bruce DG Golding JF, Hockenhull N, Pethybridge RJ. Acupressure and motion sickness. Aviat Space Environ Med. 1990;61(4):361-5.,
2. Warwick-Evans LA, Masters IJ, Redstone SB. A double-blind placebo controlled evaluation of acupressure in the treatment of motion sickness. Aviat Space Environ Med. 1991 Aug; 62(8):776-8.

Commentaires :

Le jeu du Meccano



Quelques remarques et questions à la suite de la lecture de l'article sur le 6MC.
Cela peut être digne d'intérêt de connaître l'état d'esprit d'une modalité de recherche en acupuncture qui par son approche mécaniste m'a rappelé le jeu du Meccano.
Quand je dis "approche mécaniste", je ne suis pas juge, ni ne revendique une exclusivité dans la pratique. Pour moi, tout est énergie. Que l'on ait dans son véhicule la disposition d'un accélérateur avec câbles ou sans – type électronique –, il est toujours fait appel à un transfert d'information par de l'énergie. Simplement les modalités d'expression de celle-ci varient en fonction des rouages et agencements des forces en présence. Cela s'apparente à l'appui sur un bouton de sonnette reliée par ou sans fil à un boîte musicale. La vitesse d'exécution et les résultats des sonorités ne peuvent pas être les même alors que l'intention, celle d'aviser, est une.
Une question me vient à l'esprit : peut-on agir sur le 6MC sans atteindre le *jueyinqi* qui est profond ? De quel 6MC parle t-on ici ?
Lorsque l'on puncture un point, on agit sur toutes ses fonctions en privilégiant selon l'intention telle ou telle particularité : 6MC ou l'information véhiculée par le *jueyinqi,* le point *luo* du méridien *luo,* le point ouverture du *yinweimai* (encore que là il serait bon de le coupler avec un autre point de ce méridien), la physiologie du nerf médian...
Il y va de notre intérêt de distinguer la pratique basée sur un savoir qui oriente, qui donne une direction par notre volonté à celle reposant sur un savoir fait d'attitude réflexuelle et automatique.
C'est là que l'homme a toute sa place par sa volonté intelligente par rapport à la simple machine même bien robotisée.
A ce sujet, jadis, un maître de méditation me disait que si on imaginait "piquer" pour le système nerveux, on privilégiait celui ci, l'énergie du système nerveux; si on pensait circulation d'énergie acupuncturale on agissait sur les méridiens, si on se référait aux centres d'énergies chackras, c'était sur eux que la projection s'épanouissait… etc… Notre pensée appelant les fréquences énergétiques en résonance ! C'est ce que qu'il clamait ! Est ce recevable ?
Pour revenir à l'article je ne dis pas qu'une pastille apposée sur le 6MC soit inefficace ; de qu'elle efficacité parle t-on ?
Simplement, quel est le mécanisme en jeu : celui qui est explicité sur la finalité décrite sur le mode d'emploi de la pastille ? sur la suggestion du patient ? Notre curiosité reste sur sa faim.
Je rappelle que David Alimi nous disait au Congrès de Clermont-Ferrand que c'est la puncture du point du pavillon de l'oreille et non son attouchement qui entraîne une réaction sur l'aire cérébrale de correspondance anatomique.
Cela me fait penser à un médecin compatriote qui est connu sous son nom d'emprunt "Dr Marchandise" et qui propose des sachets de substances diluées sous forme homéopathique à porter autour du cou et qui feraient les mêmes effets thérapeutiques que l'ingesta de granules.
Je n'en dis rien car je n'en ai pas d'expérience vécue ni rapportée.

Dr Eric Kiener - 148, av. de Wagram, 75017 Paris
☎ 01.46.22.99.80 🖷 01.46.22.88.28 ✉ eric@kiener.info

3. Hu S, Stern RM, Koch KL. Electrical acustimulation relieves vection-induced motion sickness. Gastroenterology. 1992 Jun;102(6):1854-8.
4. Hu S, Stritzel R, Chandler A, Stern RM. P6 acupressure reduces symptoms of vection-induced motion sickness. Aviat Space Environ Med. 1995 Jul;66(7):631-4.
5. Stern RM, Jokerst MD, Muth ER, Hollis C. Acupressure relieves the symptoms of motion sickness and reduces abnormal gastric activity. Altern Ther Health Med. 2001 Jul-Aug;7(4):91-4.
6. Gerlier JL. L'acupuncture placebo est-elle crédible ? Acup & Mox 2003;2(1-2):88-9.





Figure 1. Le bracelet Acuband.



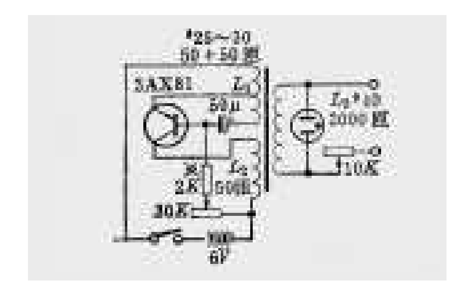


Figure 2. ReliefBand. La peau est nettoyée à l'alcool et un gel conducteur est appliqué au niveau du point. 5 niveaux d'intensité (1, 1.5, 2, 2.5; 3).

Notre avis

Les dispositifs d'auto-stimulation du 6MC pour la prévention et le traitement des symptômes du mal des transports peuvent être utiles, mais les instructions données par les fabricants sont inadaptées quant à la localisation du 6MC et quant à l'intensité de stimulation.

La prescription de ces dispositifs doit donc s'accompagner d'une information précise de la part du praticien. L'intensité de stimulation (mécanique ou électrique) doit être l'intensité maximale supportée et appliquée dès que le sujet est placé dans les conditions de survenue du mal des transports, sans attendre l' apparition des symptômes.



Biophysique de l'acupuncture

Marc Piquemal

① La moxibustion indirecte offre des caractéristiques infra-rouges modulées par l'interface végétale.



Le spectre infra-rouge des moxas en bâtonnets et des moxas indirects (avec interposition de substance végétale) est analysé. Le moxa est envisagé comme générateur d'ondes infra-rouges dont la modulation du spectre d'émission est obtenue en plaçant entre cette source chaude et la peau du patient, une interface végétale (figure 1). Trois végétaux, correspondant à trois types de moxas indirects, sont étudiés (gingembre, ail et Aconium carmichaeli), par un analyseur spectral qui joue le rôle de la peau et établit leur spectre d'émission, ceux-ci étant chauffés par le moxa (figure 2). L'étude conclut par l'obtention de spectres infra-rouges stables, spécifiques de chaque végétal et auxquels leur est attribuée la responsabilité d'effets biochimiques et physiologiques.

Liu T, Gu X, Xia J. **Determination of spectrum characteristic of near infra red Radiation of indirect moxibustion.** Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion 2003;22(9):15-17. Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Shanghai, 200032.China.

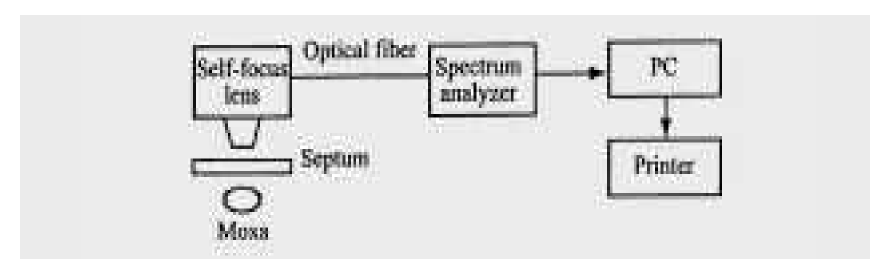


Figure 1. Dispositif de capture du spectre infra-rouge.

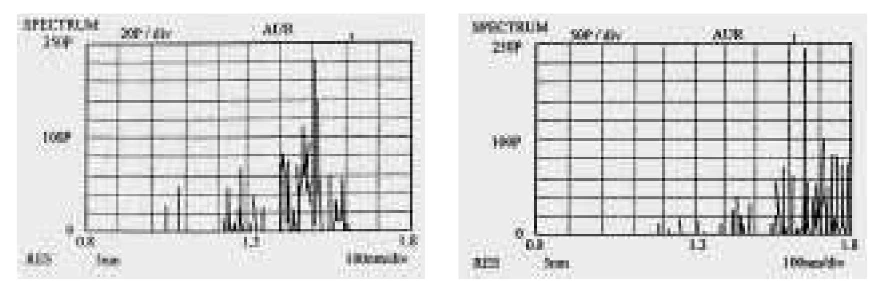


Figure 2. Exemple de spectre infra-rouge du moxa au gingembre (à gauche) et à l'ail (à droite). En abscisse la longueur d'onde en nm et en ordonnée l'absorbance.

② La nature du métal de l'aiguille influence l'action de l'acupuncture par une réaction électrochimique



La qualité des métaux entrant dans la composition des aiguilles agirait-elle comme pourvoyeur d'énergie électrique, lors de leur implantation dans un tissu vivant ? Trois types de métaux sont pris en compte dans cette étude : l'argent, le cuivre et l'acier. Après traitement préalable, les aiguilles sont insérées verticalement dans un fruit (une fraise, tissu biologique végétal) et dans un pied de porc isolé (animal dont la peau présente beaucoup de similitudes avec la peau humaine).

Des mesures de potentiels et de courants électriques sont réalisées (tableau I). La conclusion de ce travail objective le rôle joué par le métal de l'aiguille, en rapport avec des réactions électrochimiques locales, responsables d'effet de pile lorsque l'aiguille est introduite dans un tissu organique. Déjà, dans le passé, un travail réalisé par l'ingénieur Jacques Pontigny sur le potentiel d'oxydo-réduction du métal constituant les aiguilles, en avait souligné toute l'importance [1] !

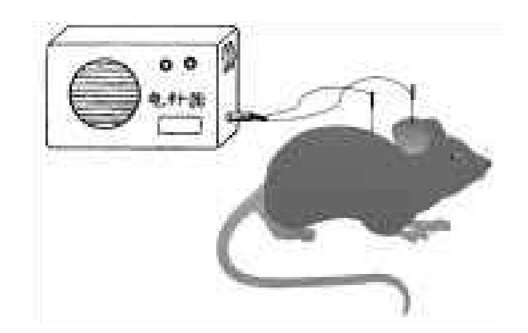
Zhang D. **Electrochemical Experiment of needles of different material.** Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion 2003;22(5):33-34.The third Hospital of Hangzhou City, Zhejiang, 310002. China.

Tableau I. Résultats de l'action électrique exercée par le métal sur le tissu organique.

	Fraise		Porc	
Métal	Courant en µA	Voltage en mV	Courant en µA	Voltage en mV
Cuivre	20-2	203.68	30-2	233.75
Argent	16.7-2	261.91	50.1-2	422.78
Acier	1-0.1	11.73	3.3-0.1	50.25

Référence :

1. Pontigny J. Electro-stimulation, di-électrolyse et acupuncture. Méridiens 1976;33-34:97-112.



Acupuncture expérimentale

Johan Nguyen

① L'électro-acupuncture (EA) à 100 Hz mais non l'acupuncture manuelle diminue l'hyperalgésie mécanique dans l'arthrite expérimentale chez le rat.



Figure 1. Test de la plaque chauffante.



Figure 2. Filaments de Von Frey.

Un modèle de douleur inflammatoire chronique est créé par une injection unique d'adjuvant complet de Freund (CFA, 100 µl) au niveau des coussinets de la patte postérieure gauche. Les rats sont randomisés 48 heures après en trois groupes : 1) contrôle sans traitement, 2) acupuncture simple aux 36E *(zusanli)* et 6Rte *(sanyinjiao)* homolatéraux durant 30 minutes et 3) électro-acupuncture (Han's Acupoint Stimulator [voir Acup & Mox 2003;2(1-2):93.]) à 100 Hz, aux mêmes points avec l'intensité augmentée toutes les 10 minutes par paliers : 0.5, 1.0 et 1.5 mA. L'hyperalgésie thermique et mécanique sont étudiées 15 minutes après une séance unique par le test de rétraction de la patte :

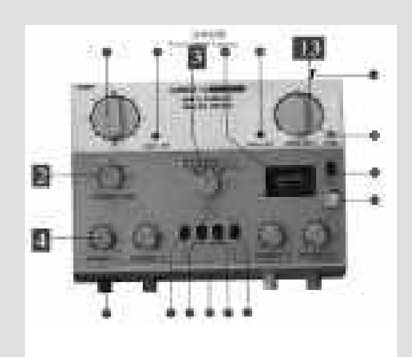
1- Le temps de latence de la réponse à un stimulus nociceptif thermique. Le rat est placé sur une plaque chauffante à 52° et est calculé le temps de latence avant que le rat ne lève la patte (figure 1).

2- Le seuil de pression mécanique entraînant une réponse comportementale. Ce seuil est déterminé par les filaments de Von Frey permettant d'exercer sur la patte une pression standardisée obtenue lorsque le fil commence à se courber (figure 2). On applique des filaments de force croissante jusqu'à obtenir la réaction de retrait de la patte.

Il apparaît que l'EA à 100 Hz diminue l'hyperalgésie mécanique, mais ne modifie pas l'hyperalgésie thermique. L'action d'une séance unique s'épuise après une heure. L'injection de naloxone à forte dose (20mg/kg) bloque l'action de l'EA. Ceci semble confirmer l'implication des dynorphines et des récepteurs opioïdes kappa dans l'action de l'EA à 100 Hz. L'acupuncture seule sans l'EA n'a pas d'action.

L'analyse est également menée après 2 séances hebdomadaires (jour 3 et 6 de chaque semaine) durant 4 semaines avec une évaluation aux jours 7, 14, 21 et 28. Il apparaît que l'EA diminue l'hyperalgésie mécanique au 21e et 28e jours et non au 7e et 14e jours, alors que l'acupuncture manuelle seule n'a pas d'action. La répétition des séances semble donc entraîner une sommation et une prolongation de l'effet. L'EA diminue l'hyperalgésie mécanique

Les paramètres de l'électro-acupuncture



Le stimulateur G6805-2

(2) Réglage de l'intervalle de temps pour les trains d'ondes discontinus.

(3) Choix des trains d'ondes : continus ou discontinus avec alternance d'intervalle libre, ou alternance de fréquences hautes-basses (dense-disperse).

(4) Réglage de l'intensité.

(13) Réglage de la fréquence (0.6 à 100 Hz).

Dans l'ensemble des études expérimentales sur la douleur, l'électro-acupuncture a montré sa supériorité par rapport à l'acupuncture manuelle (comme dans les deux études rapportées ici).

En pratique deux paramètres sont fondamentaux :

1- L'intensité de stimulation. En clinique, elle est réglée sur l'intensité maximale supportable par le patient (en dessous du seuil de perception de la douleur) et du fait d'un phénomène d'accoutumance, ajustée en cours de séance. Dans les études expérimentales animales, cette intensité peut-être déterminée arbitrairement (comme dans l'étude de Huang C et coll.) à 0.5 mA puis augmentée par paliers. Dans d'autres études, cette intensité est déterminée à partir du seuil de contraction musculaire : l'intensité de l'EA sera un multiple de ce seuil, déterminé pour chaque animal pour une expérience donnée (par exemple intensité minimale pour déclencher une contraction musculaire visible x 5). Pour diminuer l'accoutumance, on peut utiliser des trains de stimulations intermittents avec un intervalle de temps libre ajustable.

2- La fréquence de stimulation. Les appareils d'EA couramment utilisés en clinique ont des fréquences qui varient de 0.6 Hz à 100Hz. Les basses fréquences entraînent cliniquement des secousses musculaires, alors que les hautes fréquences vont entraîner une tétanisation. En ce qui concerne la douleur, il existe une large convergence des études expérimentales pour montrer la supériorité des hautes fréquences (100 Hz), ou encore des fréquences intermédiaires (40-80Hz) par rapport aux basses fréquences (2-4Hz).

Les études ont montré que les différentes fréquences d'EA mettent en jeu différents peptides opioïdes : enképhalines et bêta endorphines (récepteurs mu et delta) pour les basses fréquences et dynorphines pour les hautes fréquences (récepteur kappa) [voir Acup & Mox 2002;1(3-4):107]. Une application pratique est l'utilisation de fréquences alternées 2 Hz-100 Hz pour obtenir une libération simultanée des différents peptides opioïdes. Cela correspond à l'onde "dense-disperse" du G6805 et est supposé avoir des effets analgésiques plus puissants.

mais non thermique, ceci suggère que ces deux types d'hyperalgésie ont des mécanismes et des voies différents.

Huang C, Hu ZP, Long H, Shi YS, Han JS, Wan Y. **Attenuation of mechanical but not thermal hyperalgesia by electro-acupuncture with the involvement of opioids in rat model of chronic inflammatory pain.** Brain Res Bull. 2004 Mar 15;63(2):99-103. Neuroscience Research Institute, Peking University, Key Laboratory of Neuroscience, Ministry of Education, Beijing, PR China.

② L'EA à 100 Hz, mais non l'EA à 2 Hz ou l'acupuncture manuelle, réduit les lésions histologiques de l'arthrite chronique expérimentale chez le rat



Une arthrite expérimentale chronique est induite chez le rat par injection d'adjuvant de Freund au niveau des coussinets de la patte postérieure gauche (0.1 ml tous les jours durant trois semaines). Les rats sont randomisés en quatre groupes : 1) un groupe de contrôle sans traitement, 2) un groupe acupuncture manuelle (mi-tonification - mi-dispersion), 3) un groupe électro-acupuncture à basse fréquence (2Hz) et 4) un groupe électro-acupuncture à haute fréquence (100 Hz). Dans les trois groupes sous traitement le 34VB *(yangling - quan)* bilatéral est utilisé en séances de 30 minutes, une séance par jour durant 3 semaines. L'effet des traitements est évalué sur les modifications anatomo-pathologiques au niveau des articulations métatarso-phalangiennes après sacrifice de l'animal. Sont ainsi quantifiées : 1) l'infiltration leucocytaire, 2) la prolifération du tissu synovial et 3) la prolifération du tissu de granulation. Seule l'EA à haute fréquence (100 Hz) entraîne une réduction significative des lésions par rapport au groupe non-traité.

Zhang You-Mei, Hu Ling,Tang Chun-Zhi et al. **Effect of electro-acupuncture on rat joint patho-morphology of chronic adjuvant arthitis model.** Chinese Journal of Integrative Medicine 2003;9(1):53-6. Tianxin Hospital of TCM, Taipei, Taiwan.

L'arthrite expérimentale à l'adjuvant de Freund

L'adjuvant de Freund est une suspension de bactéries mortes (mycobacterium butyricum) dans une huile minérale, notamment de l'huile de paraffine. Après l'injection, l'inflammation apparaît au bout de 4 heures. L'animal utilise alors peu sa patte avec des lèchements très fréquents. En fonction des modalités d'application, on obtient des modèles expérimentaux de douleur aiguë ou chronique couramment utilisés pour l'évaluation des antalgiques ou des anti-inflammatoires.

Mémoires d'acupuncteur

Une vision de la Médecine Chinoise en 1882 : l'Art médical en Chine.

Comte Meyners d'Estrey.
Paris : Challamel Ainé ; 1882.



Daniel Geoffroy décrit la période 1864-1900 comme la période de déclin de l'acupuncture en France après l'apogée de 1825 avec les grands noms de l'histoire de l'acupuncture en France (Cloquet, Sarlandière, Dantu...) [1].
Le texte reproduit ci-dessous ici est issu d'un petit opuscule de 1882 de Comte Meyners d'Estrey qui était par ailleurs médecin et directeur d'un périodique spécialisé, les Annales de l'Extrême-Orient. Ce texte reflète parfaitement les bouleversements dans les conditions politiques et scientifiques de cette partie du XIXe siècle. Sur le plan politique la période 1880-1885 est la phase d'essor de l'impérialisme français. Jules Ferry, Président du Conseil, va relancer en 1883 la conquête de l'Indochine. Le protectorat de la République Française sur le Tonkin, l'Annam et la Cochinchine sera confirmé le 9 juin 1885 par le traité de T'ien-tsin. Jules Ferry prononce un discours célèbre : *"Messieurs, il faut parler plus haut et plus vrai ! Il faut dire ouvertement qu'en effet les races supérieures ont un droit vis-à-vis des races inférieures. Je répète qu'il y a pour les races supérieures un droit, parce qu'il y a un devoir pour elles. Elles ont le devoir de civiliser les races inférieures..."* (28 juillet 1885). Sur le plan médical, Claude Bernard a publié en 1865 son "Introduction à l'étude de la médecine expérimentale". Louis Pasteur a commencé en 1877 ses travaux sur le rôle des "microbes" dans la survenue des maladies infectieuses et l'aboutissement est le vaccin contre la rage en 1885.
La médecine pastorienne à travers le Corps de Santé des Colonies va ainsi accompagner la colonisation de l'Indochine et va appuyer l'influence française dans le Yunnan et la Chine du Sud, à une époque où les puissances occidentales (Angleterre, Etats-Unis, Russie) sont en concurrence acharnée. Sur la rencontre de la médecine pastorienne à son apogée et de la médecine traditionnelle, on lira avec intérêt le livre de Florence Bretelle-Establet [2], analysé dans Acupuncture & Moxibustion 2003, 2(1-2):106.

Johan Nguyen

Références :

1. Geoffroy D. L'acupuncture en France au XIXe siècle. Sainte-Ruffine: Maisonneuve;1986.
2. Bretelle-Establet F. La santé en Chine du Sud (1898-1928). Paris: CNRS Editions;2002.

(…) Les nations diffèrent moins entre elles au physique qu'au moral. Les anciens Grecs se distinguèrent par leur goût classique et esthétique. Un esprit solide marquait les Romains. Des habitudes contemplatives caractérisèrent les Arabes. Le fanatisme et la bigoterie formaient les défauts des Mahométans et des Turcs.

L'insouciance et la souplesse sont propres aux Hindous. Les Chinois sont un peuple pratique, très utilitaire, prêt à sacrifier tout au profit et au plaisir du moment. Ils ont le goût esthétique très peu développé et connaissent peu ou ne se soucient guère du beau, du sublime, du pittoresque, du mélodieux, de l'harmonieux, etc. Cependant ils sont observateurs lorsqu'il s'agit de choses de leur ressort, de leur compétence ; mais leur observation est généralement superficielle et pour cette raison, leurs déductions sont ridicules.

Ils n'aiment point les études scientifiques, et comme l'étude des sciences naturelles et abstraites leur paraît improductive, ils les négligent complètement.

Ils sont industrieux et actifs. Ils ont fait des progrès considérables dans la science morale, mais leur politesse est rarement désintéressée, de sorte que le vernis disparaissant, la grossièreté et la brutalité deviennent immédiatement visibles. Un de leurs plus grands défauts, celui que nous considérons comme le plus grand obstacle à leur amélioration comme peuple, est leur dédain de la vérité. Dans toutes les branches de la science, l'amour du vrai doit toujours former le premier élément de nos études ; toute considération, toute opinion, tout système doit disparaître devant la vérité. Nous devons toujours être animés d'un ardent désir de la trouver : nous devons l'aimer et l'estimer pour elle seule.

Or, comment les sciences médicales, dont l'existence même est basée sur cet amour de la vérité, pourraient-elles progresser chez un peuple dont chaque individu depuis sa naissance est habitué au faux, dont les magistrats, les fonctionnaires les plus élevés n'ont pas honte de se laisser prendre à mentir, un peuple qui considère l'art de tromper comme le plus grand mérite, le plus grand talent, et qui croit n'avoir rien à craindre de ses dieux pour ses détestables défauts ?

Les Chinois ne connaissent pas plus la médecine que les autres sciences. La minéralogie, la géologie, la chimie, la physique, etc., leur sont totalement inconnues et ils n'ont pas la prétention de les connaître. Mais de la médecine, ils prétendent avoir une connaissance profonde depuis les temps les plus reculés.

On trouverait difficilement une tribu, bien moins un peuple, sur le globe terrestre qui n'ait quelques notions des vertus médicales de certaines plantes et de leur emploi dans certaines maladies. Mais avant de pouvoir traiter les maladies avec prudence et succès, il est absolument nécessaire de bien connaître le corps humain et ses fonctions à l'état sain. La nature de l'homme doit être étudiée au point de vue physique et psychologique. Il s'agit de bien connaître aussi ses rapports avec le monde extérieur, et comme ces études embrassent un vaste champ de recherches scientifiques et d'observations minutieuses, les sujets ayant trait à la constitution morale et physique de l'homme forment un excellent critérium, moyennant lequel nous pouvons juger, non seulement

la supériorité scientifique de certaines nations sur d'autres, mais encore de certains individus sur d'autres de la même nation.

(...)

Toutes les phases de la littérature médicale en Chine nous montrent une imagination arrogante jointe à une ignorance regrettable de l'art. Nulle part dans ces écrits, on ne découvre le moindre désir de s'éclairer. Ils sont tous basés sur la fantaisie et n'ont en vue que de viles spéculations d'une industrie intéressée. Dans leurs efforts pour soutenir ce qu'ils considèrent comme la base de leur système, ils sacrifient sans scrupule non seulement la vérité, mais encore l'intelligibilité et la raison. Dans la plupart de leurs écrits, les auteurs chinois semblent vouloir envelopper le lecteur de mystère et rendre le sujet aussi obscur que possible. Ils professent d'admirer le plus ce qui est le moins connu, le moins compris. Aucune évidence ne transpire dans leurs livres, montrant qu'ils se soient jamais donné la peine de disséquer le corps humain. L'anatomie descriptive et comparée est complètement ignorée d'eux. Ils ne font aucune distinction entre les artères et les veines, entre les nerfs et les tendons. Il est vrai qu'ils possèdent quelques dessins anatomiques, mais d'une imperfection telle qu'on ne peut s'en servir utilement.

Les Chinois sont aussi ignorants en physiologie qu'en anatomie. Des fonctions du cœur, des poumons, du foie, des veines et même du cerveau, ils ne savent absolument rien. Ils ne font aucune distinction entre le sang veineux et le sang artériel. Ils semblent cependant avoir une vague idée des sympathies existant entre les divers organes et viscères, et du dérangement de l'un entraînant le dérangement de l'autre ; car ils appellent poétiquement le cœur, le mari, et les poumons la femme. Ils appellent l'homme siaou-tien--tsz, c'est-à-dire un microcosme, un diminutif de l'univers. Le corps humain, disent-ils, est composé de cinq éléments : le feu, l'eau, le métal, le bois et la terre, et ils mettent ces cinq éléments en rapport avec cinq plantes, cinq goûts, cinq couleurs, cinq métaux et cinq viscères, excluant le cerveau. Les maladies, continuent-ils, résultent du dérangement de l'équilibre de ces cinq éléments. Un excédent ou un manquant de feu ou d'humidité, de froid ou de chaleur, dérangent l'économie ; le secret de l'art de guérir est de suppléer à ce qui manque au corps humain ou de retirer ce qui y est trop abondant ; de rétablir ainsi l'harmonie et l'équilibre entre les cinq éléments. Partant de ce principe, ils ont des médicaments auxquels ils attribuent la propriété d'augmenter la force de la respiration, de diminuer le flegme, de réchauffer le sang, de purger le foie, d'enlever les matières nuisibles, d'augmenter l'appétit, de stimuler les forces vitales, de restaurer l'harmonie, etc., etc. Les médicaments, selon eux, ont aussi une influence guérissante et corrigeante sur certaines forces mystérieuses duelles de la nature appelées yin et yang, correspondant à la lumière et à l'obscurité, la terre et le ciel, la force et la faiblesse, etc.. Ils appellent le cœur le roi du corps, d'où émanent ainsi que du creux de l'estomac toutes les idées et tous les délices. L'âme habite le foie, de sorte que tous les grands et nobles projets partent de cet organe. La vésicule du fiel est le siège du courage ; l'audace ou la timidité de l'individu varient selon

son développement, et montant dans le corps, elle provoque la colère. Les Chinois mangent quelquefois la bile contenue dans cette vésicule prise sur des animaux, tigres et ours, et même sur des hommes, bandits notoires exécutés pour leurs crimes. Ils croient se donner ainsi du courage.

Les petits intestins s'attachent au coeur et servent de conduit aux urines pour passer dans la vessie ; les grands intestins s'attachent aux poumons et ont seize circonvolutions.

Ils considèrent le système osseux comme une espèce de charpente ; ils parlent du crâne comme d'un seul os, de même de l'avant-bras, de la jambe et du bassin. Mais de tout cet empirisme, rien n'est plus curieux que leur théorie concernant le pouls. Ne connaissant rien aux fonctions du coeur, ils ignorent nécessairement aussi la circulation du sang. Ceci est prouvé, d'abord par leur assertion que les pulsations diffèrent pour chaque partie du corps, ensuite par l'absence complète dans leurs écrits d'aucune mention des valvules dans les veines, chose qui n'avait pas échappé à Galien et Harvey, qui y attachaient une importance capitale ; enfin, par leur ignorance des changements que subit le sang en passant dans les poumons et dans les capillaires et finalement par leur habitude de tâter le pouls aux deux poignets ou comme ils disent, aux deux côtés du corps, déclarant non seulement que les pouls diffèrent, mais prétendant, en outre, qu'il en existe trois à chaque bras.

II est vrai que dans leurs anciens ouvrages, ils indiquent le sang comme la principale source de la vie, mais ils tirent cette conséquence du fait que l'individu meurt lorsqu'il perd tout son sang. Tout ce qu'ils nous apprennent est que le sang coule dans des vaisseaux. Quelques-uns de leurs dessins représentent des tubes partant des doigts, des mains et des pieds et montant par les bras et les jambes dans le tronc où ils se perdent ou atteignent le cœur, les poumons ou quelqu'autre organe, après avoir parcouru tout le corps. Il serait difficile de trouver deux auteurs qui soient d'accord sur la circulation exacte du sang.

Il est surprenant que pendant ce long espace de temps, où tant de générations se sont succédées, dans un vaste pays comme celui-ci, jamais, parmi ce grand nombre d'hommes qui se prétendent des autorités et qui enseignent les autres, il ne s'en soit trouvé un seul doué d'un esprit assez indépendant pour faire de nouvelles recherches, ou assez sceptique pour mettre en doute les nombreuses assertions de ses prédécesseurs.

Les observations et les raisonnements des médecins chinois sont tellement extraordinaires qu'ils ne pourraient jamais satisfaire l'esprit de l'étudiant européen ou de race caucasique qui cherche la vérité. Le système suivi par eux pendant des siècles est absurde et faux aux yeux de tout le monde. Leur théorie ne peut supporter l'épreuve des lois les plus simples de la nature.

Le célèbre Cullen, en parlant de l'état des sciences médicales en Europe pendant son siècle, disait qu'il y avait en médecine plus de faits inexacts que de fausses théories. Il en est ainsi en Chine. Là tout est faux, parce que tout repose sur une fausse base. Il est possible que le médecin chinois soit doué d'une certaine finesse ou pénétration d'esprit, mais nous le blâmons de ce qu'il prétend savoir ce qu'il ne

sait pas, de ce qu'il prétend sentir ce qu'il ne sent pas, de ce qu'il ne cherche pas à étendre la limite de ses connaissances et qu'il continue à exercer son art en conservant les anciens errements de ses prédécesseurs.

Après avoir exercé la médecine en Chine pendant dix-huit ans et après avoir appris la langue chinoise, le docteur Hobson dit dans un remarquable article du *Medical Times and Gazette* du 18 novembre 1860 : *Quoique les Chinois s'extasient dans leurs pompeux écrits sur les merveilleuses propriétés du pouls et trompent le public en disant qu'ils distinguent ses formes minutieuses et variées, je n'ai jamais rencontré un seul praticien chinois qui osât affirmer le fait en ma présence, ou donner des preuves de sa prétendue doctrine en établissant le diagnostic d'une maladie quelconque en tâtant simplement le pouls du malade.*

Plus loin dans le même article, le docteur Hobson dit : *"Le pouls occupe l'étendue d'un pouce chinois à chaque poignet. Il se divise en trois parties nommées Tsun, Kwan et Chi".* Chacune de ces parties a son pouls extérieur et intérieur, ce qui fait un total de douze pouls, six au poignet de la main gauche et six au poignet de la main droite. C'est pourquoi ils tâtent les pouls des deux mains et s'étonnent de voir un médecin étranger se contenter d'en tâter un seul. A part ces douze pouls, il y en a encore d'autres qui méritent à peine d'être signalés, étant trop raffinés même pour des docteurs chinois qui avouent leur peu d'importance dans l'exercice de la médecine. Mais ces douze pouls que nous venons d'indiquer correspondent avec autant de viscères dont deux sont de pure imagination : *la porte de la vie et les membranes des viscères.*

(...)

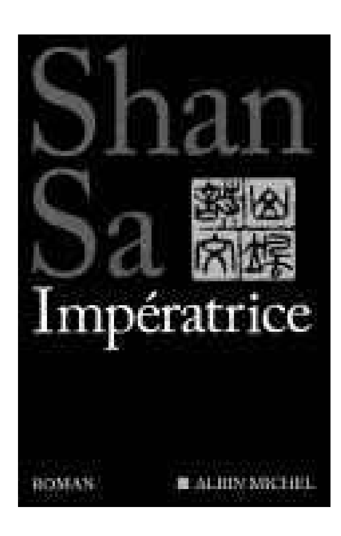
Nous pourrions nous étendre encore longuement sur cette théorie du pouls entre autres sur l'état du pouls dans les sept passions ou dans les affections de l'âme, sur la différence du pouls dans les deux sexes, etc. Mais nous croyons en avoir dit assez pour permettre au lecteur de juger de toutes les absurdités dont fourmillent les ouvrages de médecine des Chinois.

(...)

Leur principale opération chirurgicale est l'acuponcture, c'est-à-dire que toutes les fois qu'ils ont affaire à une inflammation aiguë ou chronique, ils enfoncent d'une manière insouciante un grand stylet dans les tissus. La plupart du temps ce procédé a les conséquences les plus fâcheuses, souvent même la mort s'ensuit ou bien le malade reste infirme pour le restant de ses jours.

Dans les cas de dyspepsie rebelle ou de gastralgie ils enfoncent également une longue aiguille dans la région épigastrique, perçant ainsi l'estomac ou le foie, ou même les deux selon le hasard. Cette opération cause d'ordinaire une forte inflammation ou irritation de l'estomac.

Livres reçus



IMPÉRATRICE

Shan Sa

Paris : Albin Michel
2003
440 pages, format : 14,5 x 22,5
Prix : 22 €
ISBN : 2-226-14183-9

"Je m'allongeai sur le ventre. Deux mains charnues commencèrent à appuyer lentement sur les points d'acupuncture de ma nuque. Elles glissaient dans mes cheveux et frottaient mon crâne fatigué par le port de la perruque et des épingles d'or". Voici le seul passage de ce livre qui fait référence à l'acupuncture. Mais qu'importe, car cet ouvrage est davantage un livre poétique qui raconte l'histoire romancée et mélancolique de la vie d'une femme de la naissance à la mort survenue à 81 ans. Elle est devenue l'Empereur-Sacré-Qui-Fait-Tourner-la-Roue-d'Or. Son nom fut outragé, son histoire déformée et sa mémoire effacée par les hommes qui se sont vengés d'une femme qui avait osé devenir Empereur. Qui est-elle ?

Wu Zetian (624-705) est l'impératrice du deuxième souverain de la dynastie des Tang, Gaozong. Le rayonnement et l'influence de cette dynastie s'étendra du Japon à la Perse, de la Mongolie à l'Inde. La nouvelle capitale, Chang'an (Xi'an), cité prospère et cosmopolite, devient la plus grande ville du monde et la Chine va connaître l'une des pages les plus brillantes de son histoire. Fille d'un haut fonctionnaire, Wu Zetian est instruite, intelligente, belle et ambitieuse. Remarquée par le futur empereur Gaozong parmi les favorites de son père, la jeune Wu passa du rang de favorite à celui de concubine, puis rapidement d'impératrice. Durant les dernières années de règne de son mari, alors gravement malade, elle prend une influence de plus en plus grande et dirige réellement le pays à l'égal de l'Empereur. En 680, elle écarte l'héritier légitime et lui substitue l'un de ses fils. Après la mort du souverain, elle détrône ce fils pour le remplacer par un frère âgé de 22 ans, qu'elle destitue à son tour, pour enfin s'introniser elle-même "Empereur" en tentant de fonder une nouvelle dynastie, celle des Zhou (en 690). Pour arriver à ses fins, elle aurait même assassiné un de ses propres enfants, premier d'une longue série de crimes. Entre 684 et 688, afin d'aplanir le chemin la menant au trône et aussi d'assurer la paix au pays, elle réprima ainsi les rébellions des familles royales et des nobles. Pour renforcer sa domination, elle fit appliquer une politique cruelle, encourageant les fonctionnaires à se dénoncer entre eux, emprisonnant et châtiant lourdement, au mépris même de la justice. Wu Zetian devint alors la première et unique impératrice de toute l'histoire chinoise.

Malgré ses méthodes radicales et dures, un certain nombre d'historiens lui rendent hommage pour ses quinze années de règne en tant qu'impératrice car bien que Wu Zetian n'ait régné qu'une dizaine d'années, elle prit en main le pouvoir de la dynastie des Tang durant un demi-siècle. Pour accroître son influence politique, elle s'efforça de réprimer les forces des grands dignitaires et de briser le système des privilèges réservés aux familles nobles. En créant les concours administratifs pour tous, elle permit à des hommes compétents de basse extraction d'accéder à des postes de dirigeants. Elle mit en application diverses mesures visant à alléger les charges fiscales et à encourager le développement de l'agriculture, ceci afin de renforcer les ressources du pays et d'améliorer les conditions de vie de la population. La médecine ne fut pas en reste et des traités médico-chirurgicaux furent écrits, comme le *"Qianjinfang" (les mille recettes de grand prix)* rédigé en 652 par Sun Simiao [1]. Adepte fervente du bouddhisme, elle consacra d'importantes ressources humaines et financières à la construction de temples. A cet égard, elle abandonna la capitale Chang'an pour Luoyang sur les bords de la rivière Luo. Tout près de là, elle fit graver dans les Grottes de Longmen sur la rive est du fleuve Yi, de nombreux Bouddhas dont l'un des plus célèbres est le Bouddha Vairocana dans la grotte Fengxian.

Enfin tout cela, c'est l'Histoire racontée par les historiens.

Mais la petite histoire racontée par Shan Sa est bruissante de la course échevelée des chevaux, des luttes d'influence entre confucianistes, taoïstes et bouddhistes, des conspirations des différents clans familiaux, des intrigues de palais dans lesquels vivent les 10 000 épouses et concubines impériales. Shan Sa défend la cause de Wu Zetian et on peut la comprendre car le débat continue concernant l'appréciation de Wu Zetian. Les critiques l'accusent d'avoir commis des injustices et de s'être nommée elle-même impératrice. Mais les données historiques nous montrent que malgré la révolution du palais, les forces productives se développèrent rapidement sous son règne et les habitants étaient satisfaits de leur existence.

Bref, voici un livre pour tous ceux qui aiment l'histoire autant que la poésie.

Jean-Marc Stéphan

Rappels bibliographiques :

- Lin Y. L'impératrice de Chine (traduction de Christine barbier-Kontler). Arles: Philippe Picquier;1998.
- Despeux C. Prescriptions d'acuponcture valant mille onces d'or : Traité d'acuponcture de Sun Simiao du VIIe siècle. Paris: Guy Trédaniel; 1990.

Référence :

1. Huard P. La médecine sous les dynasties Souei (581-917) et T'ang (618-907). Méridiens; 1990,89:43-62.



Photo : Jean-Marc Stéphan.

Vairocana
dans le temple Fengxian
Dynastie des Tang (618-907)

Bouddha central, Vairocana, haut de 17,14 m, est la divinité suprême. Selon la légende, pour flatter l'impératrice, les artistes auraient donné au Bouddha, une ressemblance avec Wu Zetian, qui était belle et gracieuse.



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3e édition)
tong shen cun fa "le cun, unité de mesure individuelle"

Acupuncture & moxibustion

revue indexée dans la base de données Pascal (INIST-CNRS)

MÉRIDIENS

revue française de
médecine traditionnelle chinoise
le mensuel du médecin acupuncteur

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubesserian et Malapert, et la Revue d'Acupuncture, organe de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

Le Docteur Didier Fourmont, fondateur de la Revue Méridiens en 1968, en a été le Directeur de la Publication jusqu'en 1997, date à laquelle lui a succédé le Docteur Jean-Claude Dubois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

Le Mensuel du Médecin Acupuncteur a été créé en 1973 par Nguyen Van Nghi, avec comme premier rédacteur en chef Albert Gourion. En 1982 le Mensuel du médecin acupuncteur est devenu la revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 188 (dernier trimestre 2000).

Acupuncture & moxibustion
27, Bd d'Athènes,
F-13001 Marseille
Fax 04.96.17.00.31
acudoc@wanadoo.fr
www.acupuncture-moxibustion.org

ISSN 1633-3454

Imprimerie : Couleurs,
40, ch. de la Parette, 13012 Marseille.
Cargo Conception Graphique :
Tél. : 04 91 71 80 42

Dépôt légal :
Septembre 2003.

abonnements	France	Etranger
Tarif individuel	92 €	100 €
Institution	138 €	153 €
Prix du numéro	25 €	30 €
	Abonnement inclus dans la cotisation	
ASMAF-EFA(1) GERA(2)	75 €(1)-244 €(2)	
Association Partenaire(3)	50 €	
Membre de la FAFORMEC	70 €	

(1) Correspondant à la cotisation-abonnement, ASMAF, 2, rue du Général-de-Larminat, 75015 Paris. JMstephfF@aol.com

(2) GERA : cotisation de 244 € incluant la participation à 4 séminaires annuels de FMC, les comptes rendus et documentations scientifiques et pédagogiques des séminaires, dossiers bibliographiques, copies gratuites de tous documents issus du centre de documentation, cotisation à la FAFORMEC, abonnement à Acupuncture et Moxibustion. GERA, 192 chemin des cèdres, 83130 La Garde.

(3) Associations partenaires au 1er mars 2003 : AASF, AFERA, AGMA, AMA74 , AMO, ARMA, CDMTC, ASMAF-EFA(2), EIPN, FMC-RDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SAMP. Les étudiants au DIU d'Acupuncture bénéficient du tarif "association partenaire" (joindre un justificatif d'inscription).